

# УЧАСТКОВЫЙ ВРАЧ

ЖУРНАЛ ДЛЯ СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ, ТЕРАПЕВТОВ И ПЕДИАТРОВ

ЦИТАТА НОМЕРА

Не стоит уповать на то, что реформа сделает врачей богатыми. Используйте реформу как инструмент, способствующий формированию здоровых экономических отношений с пациентами.

Елена Труш,  
директор издательства,  
блогер

№2 (72) 2019

Pantoprazole  
ліофілізат | таблетки

2  
форми

## Улсепан

Стійкий кислотоблокуючий ефект<sup>1</sup>



Ліофілізат для розчину для ін'єкцій 40 мг флакон №1  
Таблетки кишковорозчинні 40 мг №14

<sup>1</sup> Селективные ингибиторы протонной помпы – новый шаг в терапии гастроэнтерологической патологии. По итогам конференции, 24-26 сентября, г. Днепропетровск. // «Здоров'я України». Тематичний номер, 2015 (листопад).

**УЛСЕПАН ліофілізат для розчину для ін'єкцій.** **Склад:** pantoprazole; 1 флакон містить пантопразолу 40 мг. **Допоміжні речовини:** натрію гідроксид. **Виража дванадцятипалої кишки.** **Показання.** Рефлюкс-езофагіт. Виража шлунка. Синдром Золінгера-Елісона та інші гіперсекреторні патологічні стани. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до пантопразолу, тохідних бензimidазолу або до будь-якого компонента препарату. **Діти.** Препарат не рекомендується застосовувати дітям (віком до 18 років). **Побічні реакції.** З боку травного тракту: часті: поліпії з фундальних залоз (доброякісні). Нечасто: діарея, нудота, блювання, здуття живота, запор, сухість у роті, абдомінальний біль і дискомфорт. **Загальні розлади.** Часті: тромбоцитопенія у місці введення. Нечасто: астенія, втома, нездужання. **Упаковка.** 1 флакон з ліофілізатом для розчину для ін'єкцій у контурній чарунковій упаковці. **Категорія відпуску.** За рецептом. **Виробник.** Мефар Іпан Сан. А.Ш., Туреччина. **Заявник.** УОРЛД МЕДИЦИН ІПАЧ САН. ВЕ ТІДЖ. А.Ш., Туреччина. РП UA/16671/01/01. Наказ МОЗ України від 26.04.2018 р. №799.

**УЛСЕПАН таблетки.** **Склад:** діюча речовина: pantoprazole; 1 таблетка кишковорозчинна містить 40 мг пантопразолу (у формі натрію пантопразолу сесквігідрату). **Показання.** Дорослі та діти віком від 12 років. Рефлюкс-езофагіт. Дорослі. Ерадикація *Helicobacter pylori* у пацієнтів з *Helicobacter pylori*-асоційованими виразками шлунка та дванадцятипалої кишки у комбінації з відповідними антибіотиками. Виража шлунка та дванадцятипалої кишки. Синдром Золінгера-Елісона та інші патологічні гіперсекреторні стани. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до активної речовини, похідних бензimidазолу та будь-якого компонента препарату. **Побічні реакції.** Найчастіші побічні реакції – діарея і головний біль (приблизно у 1% пацієнтів) та інші. **Діти.** Таблетки не слід застосовувати дітям віком до 12 років. **Категорія відпуску.** За рецептом. **Упаковка.** По 7 таблеток у білестері. По 2 або 4 білестери у картонній паці. **Виробник.** «Біофарма Іпан Сан. ве Тідж. А.Ш.», Туреччина. **Заявник.** УОРЛД МЕДИЦИН ІПАЧ САН. ВЕ ТІДЖ. А.Ш., Туреччина. **Заявник.** «УОРЛД МЕДИЦИН ІПАЧ САН. ВЕ ТІДЖ. А.Ш.», Туреччина. РП UA/12747/01/01. Рішення про державну перереєстрацію лікарського засобу затверджене наказом МОЗ України №83 від 17.01.2018 р.

Інформація надана скорочено. З повною інформацією про препарат можна ознайомитися в інструкції для медичного застосування препарату. Інформація для медичних та фармацевтичних працівників, а також для розповсюдження в рамках спеціалізованих заходів з медичної тематики. Інформація про рецептурний лікарський засіб для професійної діяльності спеціалістів у галузі охорони здоров'я.



**WORLD MEDICINE**  
Pharmaceutical Company

Тел.: (044) 495 25 30 • e-mail: info@wm-marketing.com.ua • www.worldmedicine.ua

# Муцитус

НОВИЙ ПОТУЖНИЙ  
МУКОЛІТИК  
ІЗ ПЛЕЙОТРОПНИМИ  
ВЛАСТИВОСТЯМИ

МУКОЛІТИЧНИЙ ЕФЕКТ  
ПЛЕЙОТРОПНІ ВЛАСТИВОСТІ:  
АНТИАДГЕЗИВНІ/АНТИБАКТЕРІАЛЬНІ  
ПРОТИЗАПАЛЬНІ  
АНТИОКСИДАНТНІ




## Витяг з інструкції для медичного застосування лікарського засобу Муцитус (Mucitus)

**Склад:** діюча речовина: erdosteine; 1 капсула містить ердостеїну 150 мг або 300 мг. **Лікарська форма.** Капсули. Фармакотерапевтична група. Муколітичні засоби. Код АТХ R05C B15. **Показання.** Зменшення в'язкості та полегшення відхаркування бронхіального секрету при лікуванні гострих і хронічних захворювань верхніх та нижніх дихальних шляхів, таких як бронхіт, риніт, синусит, ларингофарингіт, загострення хронічного бронхіту, хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ), гіперсекреторна бронхіальна астма, бронхоектатична хвороба. Профілактика рецидивних епізодів інфекцій та ускладнень після хірургічних втручань, таких як пневмонія або частковий ателектаз легень. Також цей препарат показаний як супутня терапія з антибіотиками у випадку бактеріальних інфекцій дихальних шляхів. **Протипоказання.** Гіперчутливість до діючої речовини або до будь-якої з допоміжних речовин, що містять вільні SH-групи. Дитячий вік до 8 років. Спосіб застосування та дози. Муцитус призначають внутрішньо незалежно від прийому їжі. Для дітей віком від 8 до 12 років рекомендована доза становить 150 мг 2 рази на добу; для дорослих і дітей старше 12 років – по 300 мг 2 рази на добу. Курс лікування визначає лікар. При гострих неускладнених захворюваннях препарат застосовують 5-10 днів. Термін лікування при хронічних захворюваннях визначає лікар. Для пацієнтів літнього віку зміна дозування не потрібна. **Побічні реакції.** Іноді застосування ердостеїну може спричиняти небажані реакції з боку шлунково-кишкового тракту, такі як відчуття печіння та болі в шлунку, нудота, блювання та, рідко, діарея. Реакції гіперчутливості, такі як шкірні висипання або неочікувана гіперпірексія, еритема, набряк Квінке, виникають рідко. З боку нервової системи можливий головний біль. **Термін придатності.** 2 роки. Категорія відпуску. За рецептом. Виробник. ТОВ «Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед».

Інформація призначена для розміщення в спеціалізованих виданнях та розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики серед лікарів. За додатковою інформацією звертайтеся: Представництво ТОВ «Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед», Україна, 02081, м. Київ, вул. Здобунівська, 7д. Тел./факс 044-574-42-94. E-mail: macleods@nbi.com.ua

**MACLEODS**



# Плейотропный муколитик эрдостеин: воплощение мечты в реальность

Современное лечение любого заболевания немыслимо без применения лекарственных средств (ЛС), обладающих строго определенным механизмом действия. Однако врачи и пациенты все чаще задумываются о возможности применения «волшебной» пилюли, обладающей разнообразными свойствами, для легкой победы над заболеванием. Эта мечта понемногу начинает претворяться в жизнь: в настоящее

время появилось множество плейотропных препаратов. Одним из таких медикаментов, покорившим сердца пульмонологов и терапевтов, стал относительно недавно синтезированный муколитик – эрдостеин. Разносторонний анализ его фармацевтических свойств, проводившийся учеными во всем мире, представил убедительные доказательства наличия у него плейотропных эффектов.



## СПРАВКА

Плейотропия — слово греческого происхождения, первая часть которого (pléion) означает «более многочисленный», а вторая (trópos) — направление. Плейотропное действие — явление множественного воздействия, которое выражается в способности одного ЛС одновременно влиять на несколько параметров.

## ЭРДОСТЕИН: ПЛЕЙОТРОПИЯ И РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ RESTORE

Плейотропность эрдостеина проявляется в наличии у него, помимо выраженного муколитического действия, антиоксидантных и противовоспалительных свойств, способности усиливать противомикробное действие антибактериальных препаратов, уменьшать адгезию патогенных микроорганизмов к клеткам реснитчатого эпителия дыхательных путей.

Однако на этом полезные свойства эрдостеина не заканчиваются. Относительно недавно опубликованы результаты многонационального исследования RESTORE (R. Dal Negro и соавт., 2017), которые продемонстрировали способность эрдостеина уменьшать частоту и длительность обострений у больных хроническим заболеванием легких (ХОЗЛ). Отличительной особенностью исследования RESTORE является значительная длительность муколитической терапии (12 месяцев), необходимая для исключения возможных ошибок, связанных с сезонной вариабель-

ностью частоты обострений ХОЗЛ. В этом исследовании приняли участие 10 европейских стран, 47 пульмонологических клиник и 467 больных ХОЗЛ, которых рандомизировали для приема эрдостеина (300 мг 2 раз/сут; n=228) или плацебо (n=239) на протяжении 12 месяцев.

За это время зафиксировано 457 обострений ХОЗЛ, при этом они реже беспокоили больных, принимавших эрдостеин (196 эпизодов), по сравнению с пациентами, получавшими плацебо (261 эпизод). Количество участников из группы эрдостеина, не перенесших ни одного обострения на протяжении года (n=91; 42%), достоверно (p=0,01) превосходило таковое в группе плацебо (n=70; 30%). Исследователи доказали, что терапия эрдостеином позволила уменьшить число обострений ХОЗЛ на 19,4% (отношение рисков — 0,81; 95% ДИ — 0,68—0,92) по сравнению с плацебо — как у больных, пользовавшихся ингаляционными кортикостероидами, так и у пациентов, не нуждавшихся в их приеме. Полученный результат ученые объяснили двукратным сокращением числа легких обострений ХОЗЛ на фоне приема эрдостеина в отличие от плацебо (соответственно 0,23 vs 0,54 обострение/пациент/лет; различия — -57,1%; p=0,002). Помимо уменьшения частоты обострений, эрдостеин сокращал их длительность на 24,6%: принимая плацебо, больные тратили в среднем 12,6±9,7 дней на то, чтобы справиться с болезнью, тогда как пациенты, получавшие эрдостеин, уже через 9,5±7,2 дней снова хорошо себя чувствовали. Прием эрдостеина ассоцииро-

вался с более легким течением ХОЗЛ, невзирая на исходную сопоставимость групп по этому показателю и основным демографическим характеристикам: степень тяжести заболевания, оцененная врачом, составляла 1,53±0,73 балла в группе эрдостеина и 1,68±0,80 баллов в группе плацебо (p=0,048).

Эрдостеин снижал потребность в ургентном применении препаратов для облегчения дыхания по сравнению с плацебо (10,2% vs 33,7% соответственно). Данный факт является особенно значимым, т. к. известно, что частое использование медикаментов, облегчающих дыхание, является фактором риска последующих обострений. Снижение этого показателя ученые трактовали как яркое подтверждение эффективности терапии эрдостеином.

Как и другие представители класса муколитиков, эрдостеин не оказывал значимого влияния на функцию легких или расстояние, которое способен пройти пациент. Данный факт только подтверждает уже известные биологические свойства препарата и подчеркивает, что уменьшение частоты и длительности

## СПРАВКА

Эрдостеин (Муцитус) — мукоактивный препарат, обладающий разнообразными плейотропными свойствами (противовоспалительной, антиоксидантной, антиадгезивной активностью), позволяющими ему эффективно уменьшать частоту и длительность обострений ХОЗЛ.



обострений ХОЗЛ не связано с изменением легочной механики.

Другим немаловажным аспектом исследования RESTORE являлось изучение безопасности длительного (12-месячного) приема эрдостеина. В ходе исследования зафиксировано всего 3 нежелательных явления, связанных с использованием эрдостеина, и 5 нежелательных явлений в группе плацебо. Такой минимальный процент побочных действий при применении эрдостеина ученые охарактеризовали как хорошую переносимость препарата.

### СЛОВО ЭКСПЕРТАМ: ВЫСШИЙ УРОВЕНЬ ДОКАЗАТЕЛЬНОСТИ

Последний метаанализ, посвященный изучению эффективности эрдостеина при хроническом бронхите/ХОЗЛ и основанный на анализе результатов 10 исследований с общим количеством пациентов 1278 человек, подтвердил приведенные выше данные (М. Cazzola и соавт., 2018). Итальянские ученые представили убедительные доказательства способности эрдостеина снижать суммарный риск обострений хронического бронхита/ХОЗЛ и уменьшать вероятность возникновения как минимум одного обострения. Терапия эрдостеином ассоциировалась с удлинением времен-

ного промежутка до развития первого обострения ХОЗЛ, сокращением длительности обострения и значимым падением риска госпитализации, обусловленной ХОЗЛ. Получив такие впечатляющие данные, ученые, возглавляемые М. Cazzola, резюмировали: «Зафиксированная способность эрдостеина — уменьшать вероятность и/или тяжесть обострения ХОЗЛ, представляется нам чрезвычайно важной, поскольку указывает на целесообразность включения эрдостеина в перечень препаратов, рекомендованных для лечения ХОЗЛ».

### МУЦИТУС – ЕДИНСТВЕННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ЭРДОСТЕИНА В УКРАИНЕ

Вот уже более 9 лет на отечественном фармацевтическом рынке представлен генерический препарат эрдостеина, хорошо известный отечественным врачам под торговым названием Муцитус (фирма-производитель Macleods, Индия). На протяжении этого времени Муцитус зарекомендовал себя как высокоактивный муколитический препарат, эффективно уменьшающий интенсивность кашля и нормализующий отхождение мокроты.

Муцитус – это воплощение в реальность мечты о высокоактивном муколитике с плеiotропными свойствами, способном уменьшать частоту и длительность обострений ХОЗЛ. Быстрое купирование кашля и нормализация реологических свойств мокроты, обеспечиваемые Муцитусом, – залог успеха в борьбе с респираторной патологией.

#### ПРЕИМУЩЕСТВА МУЦИТУСА:

- доказанная биоэквивалентность;
- мощный муколитический эффект;
- быстрое начало действия;
- быстрое устранение кашля;
- плеiotропные свойства;
- безопасность длительного приема;
- хорошая переносимость;
- экономическая доступность.

#### Дополнительно использованная литература

Cazzola M., Calzetta L., Page C., Rogliani P., Matera M.G. Impact of erdosteine on chronic bronchitis and COPD: A meta-analysis. *Pulm Pharmacol Ther.* 2018 Feb;48:185-194. doi: 10.1016/j.pupt.2017.11.009. Epub 2017 Dec 9.

И. Г. Березняков, М. Н. Лебединская, В. И. Березняков, И. Д. Ломино. Эффективность эрдостеина для лечения кашля у больных внебольничными пневмониями: результаты исследования МУКАСТАТ. *СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА*, № 4 (72), 2017. С. 100–106.

- 5 | **ГЕПАТОЛОГИЯ С ЭКСПЕРТОМ**  
ГЕПАТОТОКСИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ  
ХИМИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ:  
СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ
- 12 | **ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ С ЭКСПЕРТОМ**  
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ  
И ПРОФИЛАКТИКЕ ЖЕЛУДОЧНО-  
КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ НА ФОНЕ  
НПВП-ГАСТРОПАТИЙ И СТРЕССОВЫХ ЯЗВ
- 16 | **СЕКРЕТЫ АНТИНОЦИЦЕПЦИИ**  
БОЛЕВОЙ СИНДРОМ  
ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ БИЛИАРНОЙ ПАТОЛОГИИ:  
В ПОИСКАХ ЭФФЕКТИВНОЙ ТЕРАПИИ
- 22 | **АНОНСИ ПОДІЙ**  
КАЛЕНДАР МЕДИЧНИХ ЗАХОДІВ — 2019
- 24 | **ПРАКТИЧНА ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЯ**  
ФІЗІОЛОГІЧНІ ЕФЕКТИ ТА МОЖЛИВОСТІ  
КЛІНІЧНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕБІОТИКІВ  
(РОСЛИННИХ ХАРЧОВИХ ВОЛОКОН)
- 30 | **НЕШАБЛОННЫЕ РЕШЕНИЯ**  
ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ:  
В ПОИСКАХ ИДЕАЛЬНОГО АНТИБИОТИКА



- 34 | **ИСТОРИЯ УСПЕХА**  
СЕКРЕТ УСПЕХА КОМПАНИИ ХЕТЕРО



- 38 | **БІЗНЕС-МОЖЛИВОСТІ**  
БІОТЕХ-ПЛАТФОРМА  
«ПАРТНЕРСТВО ЗАРАДИ МАЙБУТНЬОГО» —  
ІННОВАЦІЙНА ІНІЦІАТИВА УКРАЇНСЬКОГО БІЗНЕСУ
- 39 | **БИЗНЕС-ПСИХОЛОГИЯ**  
ЛИЧНЫЙ БРЕНД ВРАЧА:  
10 КРИТЕРИЕВ ЭФФЕКТИВНОГО БРЕНДИНГА
- 42 | **ПРОБЛЕМЫ ЗАРУБЕЖНОЙ МЕДИЦИНЫ**  
ВСЁ ЛИ ТАК ПРЕКРАСНО С МЕДИЦИНОЙ В США?



- 44 | **ЭКСПЕРТНОЕ МНЕНИЕ**  
АНТИБИОТИК-АССОЦИИРОВАННЫЙ  
НЕФРОЛИТИАЗ:  
КАК ИЗБЕЖАТЬ НЕИЗБЕЖНОГО?

ЕЩЕ БОЛЬШЕ ИНТЕРЕСНЫХ МАТЕРИАЛОВ ЧИТАЙТЕ В ПОЛНОЙ ВЕРСИИ ЖУРНАЛА НА САЙТЕ [UV.REDMED.COM.UA](http://uv.redmed.com.ua)

**УЧАСТКОВЫЙ  
ВРАЧ**

ЖУРНАЛ ДЛЯ СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ,  
ТЕРАПЕВТОВ И ПЕДИАТРОВ

№2(72) март 2019  
Подписано в печать 28.03.2019  
Тираж: 10 000 экз.

Журнал «Участковый врач» зарегистрирован Государственной регистрационной службой Украины 09.11.2011 г. Свидетельство о регистрации: КВ №20341-10141ПР от 11.10.2013.

**Главный редактор:**  
Валентина Клещикова-Матвеева

**Шеф-редактор:**  
Виктор Труш

**Дизайн и верстка:**  
Наталья Рудометова

**Отдел маркетинга и рекламы:**  
Татьяна Макарович  
тел.: (067) 354 77 49  
тел.: 044 500 87 03  
[redmed.rek@gmail.com](mailto:redmed.rek@gmail.com)

**Руководитель издательства:**  
Елена Труш  
тел.: (050) 500 67 03  
тел.: 044 383 68 45  
[redmed.dm@gmail.com](mailto:redmed.dm@gmail.com)

**Редакционная подписка на журнал «Участковый врач» принимается с любого месяца при обращении в редакцию.**  
**Заявка на электронную подписку на PDF-версию журнала:**  
[redmed.info@gmail.com](mailto:redmed.info@gmail.com)

**Легкое скачивание на сайте:**  
[uv.redmed.com.ua](http://uv.redmed.com.ua)

**Издатель: ООО РедБиз совместно с ООО РедМед**

**Адрес издателя, редакции для переписки:**  
ул. Семьи Стещенко, 1, оф. 2,  
03148, г. Киев, Украина  
тел/факс 044 500 87 03,  
эл почта: [redmed.info@gmail.com](mailto:redmed.info@gmail.com)

Опубликованные материалы не всегда отображают точку зрения издателя и могут не совпадать с мнением редакции. За достоверность фактов и сведений, содержащихся в материалах авторов, ответственность несут последние. Издатель и редакция не несут ответственности за содержание и грамотность рекламных текстов. За содержание рекламных материалов ответственность несет рекламодатель. Присланные в редакцию материалы не рецензируются и не возвращаются. Редакция оставляет за собой право сокращать и редактировать авторские материалы. Оформление и макет рекламных объявлений, изготовленных издательством, являются собственностью издательства и не могут быть использованы для публикации в других изданиях, в сети интернет или для изготовления рекламной продукции, если другое не было оговорено. Полное или частичное использование материалов журнала возможно только с письменного разрешения редакции. Материалы со знаком® публикуются на правах рекламы.

# Гепатотоксические эффекты химиотерапевтических средств: современный взгляд на проблему

Онкологические заболевания (ОЗ) – бич современного общества. В настоящее время рак признан второй из основных причин летальных исходов во всем мире: только в 2018 г. от ОЗ скончалось 9,6 млн человек, при этом 70% смертей, обусловленных опухолевыми процессами, зафиксировано в странах с низким и средним уровнем экономических доходов (ВОЗ, 2018). Согласно всемирной базе данных GLOBOCAN 2018, анализирующей распространенность и смертность в 185 странах мира от 36 различных видов рака, ежегодно в мире диагностируется 18,1 млн новых случаев злокачественных ново-

образований. Согласно данным Национального канцер-реестра, в Украине около 1,2 млн онкопациентов. Ежегодно регистрируется более 160 тысяч новых случаев, из которых 90 тысяч умирает на протяжении первого года от момента установления диагноза. Прогнозируется, что к 2020 году число впервые заболевших достигнет 200 тысяч человек. Более 360 тысяч пациентов ежегодно проходят химиотерапевтическое лечение, и гепатотоксичность лекарственных средств – одна из ключевых проблем менеджмента онкологической болезни, с которой сталкиваются клиницисты.



**В УКРАИНЕ ОКОЛО  
1 200 000  
ОНКОПАЦИЕНТОВ**



## ГРУППЫ ЛС – ЛИДЕРОВ ПО ГЕПАТОТОКСИЧЕСКИМ ЭФФЕКТАМ

Такой рост онкопатологии сопровождается прогрессирующим увеличением количества больных, получающих химиотерапию (ХТ), т. к. стандарты лечения многих ОЗ предполагают использование нескольких химиопрепаратов (ХП) — проведения так называемой поликомпонентной ХТ. ХП, назначаемые самостоятельно или в сочетании с хирургическим / лучевым методом лечения, позволяют не только продлить жизнь, но и добиться излечения многих ОЗ, ранее считавшихся фатальными. К сожалению, интенсивные режимы ХТ с использованием высоких доз ХП, угнетающих жизнедеятельность раковых клеток и обладающих низкой селективностью по отношению к конкретному типу опухоли, приводят к появлению разнообразных побочных действий, в том числе — лекарственно-индуцированному поражению печени (ЛИПП). По данным Y. Yu и соавт. (2017), основными медикаментами, провоцирующими возникновение ЛИПП, являются препараты традиционной китайской медицины (23%), противомикробные средства (17,6%), противоопухолевые препараты (15%), гормоны (14%), сердечно-сосудистые медикаменты (10%), нестероидные

противовоспалительные препараты (8,7%), иммуносупрессанты (4,7%), седативные и психоневрологические средства (2,6%). Среди ХП наиболее часто ЛИПП развиваются при приеме цитостатиков, синтетических эстрогенов и андрогенов, антиэстрогенных и антигонадотропных средств, азатиоприна, циклофосфана, производных мочевины.

## МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ГЕПАТОТОКСИЧЕСКОГО ВЛИЯНИЯ

В зависимости от группы препаратов, токсическое влияние на печень можно разделить на несколько морфологических вариантов повреждения этого органа:

1. Алкилирующие агенты (циклофосфан, иофосфамид, мелфалан, хлорамбуцил и др.) могут приводить к развитию центрального или перипортального повреждения, холестаза, в ряде случаев на фоне холестаза развивается воспаление.

2. Антиметаболиты (5-фторурацил — 5-ФУ, 6-меркаптопурин, метотрексат, гемцитабин) вызывают развитие веноокклюзионной болезни, холестаза и прямое цитотоксическое повреждение гепатоцитов.

3. Производные нитрозомочевины (BCNU, CCNU) приводят к истощению внутрипеченочных запасов глутатиона, что увеличи-

вает риск окислительного повреждения печени.

4. Противоопухолевые антибиотики (доксорубин, блеомицин, митомицин, дактиномицин, митоксантрон) повреждают мембрану гепатоцита с образованием свободных радикалов.

5. Винкаалкалоиды и таксаны вызывают различные токсические повреждения печени, включая стеатогепатиты.

6. Ингибиторы топоизомеразы I (этопозид, иринотекан, топотекан) при биотрансформации образуют токсический метаболит SN-38.

7. Производные платины вызывают стеатозы, стеатогепатиты, венообструктивную болезнь.

8. Интерфероны, интерлейкины приводят к активации Т-киллеров и цитокинов и прямому токсическому повреждению гепатоцитов.

9. Гормонотерапия (тамоксифен, антиандрогены) может приводить к развитию холестаза.

10. Таргетная терапия (бевацизумаб) в ряде случаев ассоциируется с синусоидальной дилатацией.

Таким образом, в большей или меньшей степени, но каждая группа препаратов, используемых в современном лекарственном лечении злокачественных опухолей, сказывается на функциональном состоянии печени.

## ФАКТОРЫ РИСКА ПО РАЗВИТИЮ ГЕПАТОТОКСИЧЕСКИХ ЭФФЕКТОВ

Вероятность возникновения ЛИПП зависит от использованного ХП, его общей и суммарной дозы, длительности приема. Помимо фармацевтических факторов, большую роль в развитии ЛИПП играют генетические

Интенсивные режимы ХТ с использованием высоких доз ХП, угнетающих жизнедеятельность раковых клеток и обладающих низкой селективностью по отношению к конкретному типу опухоли, приводят к появлению разнообразных побочных действий, в том числе — лекарственно-индуцированному поражению печени.

особенности организма пациента (определяющие метаболизм лекарственного средства, транспорт его белками-переносчиками и активность НЛА-системы). К негенетическим факторам риска относят пожилой и старческий возраст, женский пол, злоупотребление алкоголем; наличие сопутствующей патологии (неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП), ожирения, сахарного диабета, HCV-, HBV-, HIV-инфекции, аутоиммунного заболевания печени), что также может предрасполагать к появлению ЛИПП.

В зависимости от типа поврежденных таргетных клеток выделяют несколько типов ЛИПП: гепатоцеллюлярный, холестатический, смешанный гепатоцеллюлярно-холестатический и сосудистый (с поражением печеночных синусов, венул, печеночных вен и портальной вены: синдром синусоидальной обструкции / веноокклюзионная болезнь печени (ССО/ВОБ), пелиоз, синдром Бадда-Киари, идиопатическая портальная гипертензия, нодулярная регенеративная гиперплазия).

## КЛИНИКА ГЕПАТОТОКСИЧЕСКИХ ЭФФЕКТОВ ЛС

Клинические проявления острого ЛИПП, как правило, неспецифичны. Длительность латентного периода острого ЛИПП может варьировать от одного дня до нескольких месяцев. Большинство острых ЛИПП протекает без характерных клинических проявлений, а имеющиеся неспецифические признаки (усталость, снижение аппетита, отвращение к жирной пище, эпигастральный дискомфорт) трактуют как прояв-

Хроническое ЛИПП манифестирует хроническим гепатитом, фиброзом печени, компенсированным / декомпенсированным циррозом, ССО/ВОБ, аутоиммунно-подобным ЛИПП, хроническим внутрипеченочным холестазом, синдромом исчезающих желчных протоков.

ления ОЗ либо как ожидаемые побочные действия ХТ. Поражение печени в таких случаях диагностируют по повышению уровня АЛТ, АСТ, щелочной фосфатазы и гамма-глутамилтранспептидазы. Развитие значимого холестаза сопровождается появлением желтухи, обесцвеченного кала, зуда кожных покровов. У небольшого количества пациентов заболевание манифестирует повышением температуры, появлением сыпи и болей в суставах; в ряде случаев развивается острая / подострая печеночная недостаточность.

Хроническое ЛИПП манифестирует хроническим гепатитом, фиброзом печени, компенсированным / декомпенсированным циррозом, ССО/ВОБ, аутоиммунно-подобным ЛИПП, хроническим внутрипеченочным холестазом, синдромом исчезающих желчных протоков.

## ОСОБЕННОСТИ ФОРМУЛИРОВАНИЯ НОЗОЛОГИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА

Несмотря на высокую вероятность поражения печени у онкобольных, получающих ХП, ЛИПП является диагнозом исключения. Согласно практическим рекомендациям по диагностике и лечению ЛИПП, подготовленным Y. Yu и соавт. (2017), сначала необходимо тщательно проанализировать фармакологический анамнез, имеющиеся клинические проявления,

динамику изменения функциональных печеночных проб, хронологический порядок между приемом ХП и появлением клинико-лабораторных изменений, зависимость между отменой медикамента и нормализацией печеночных показателей. Также следует исключить другие возможные причины гепатотоксичности (вирусные гепатиты, алкогольную болезнь печени, НАЖБП, аутоиммунное поражение, генетические и метаболические заболевания). Несмотря на то, что в диагностике ЛИПП может использоваться пункционная биопсия, наибольшее значение отводят улучшению самочувствия и лабораторных показателей после отмены ХП; нередко диагноз ЛИПП удастся подтвердить только после повторного применения ХП.

Появление ЛИПП у онкологического больного часто ставит врачей перед дилеммой выбора: с одной стороны, полная отмена ХТ невозможна / нежелательна в силу высокого риска прогрессирования / рецидива ОЗ; с другой стороны, продолжение активного приема ХП неуклонно приведет к ухудшению функционального состояния печени и развитию печеночной недостаточности. Кроме того, поликомпонентная ХТ в большинстве случаев не позволяет четко идентифицировать ХП, вызвавший ЛИПП, что также затрудняет ведение таких больных.

*Список литературы  
находится в редакции.*

Доктор медицинских наук, профессор **Наталья Вячеславовна Харченко**, заведующая кафедрой гастроэнтерологии, диетологии с курсом эндоскопии КМАПО имени П. Л. Шупика, член-корреспондент НАМН Украины по просьбе редакции журнала «Участковый врач» предоставила экспертный комментарий по вопросу современного научно-обоснованного подхода к профилактике и лечению гепатотоксических эффектов химиотерапевтических препаратов.



**У** Значительный рост онкологической патологии различной локализации ставит перед врачами много вопросов: как проводить профилактику возникновения и разви-

тия опухолей, какая схема лечения (согласно протоколам) наиболее эффективна, как правильно организовать питание пациентов, получающих химио- и лучевую терапию.

Не менее важным является вопрос минимизации побочных эф-

фектов проводимого лечения. Медикаментозное лечение онкологических больных является довольно агрессивным, и основной удар принимает на себя печень.

Следует сказать, что противоопухолевая терапия способна вызывать любые известные повреждения печени, включая некроз, стеатоз, фиброз, холестаз и поражение сосудов. До 90% проявлений гепатотоксичности включают в себя острый гепатоцеллюлярный гепатит, острый холестатический гепатит и смешанный гепатит.

По тяжести гепатотоксическое влияние цитостатиков на печень принято делить на 5 степеней (см. таблицу № 1).

**Таблица 1. Клинико-лабораторные показатели оценки тяжести гепатотоксичности**

ПОКАЗАТЕЛИ	ЗНАЧЕНИЯ ПО СТЕПЕНЯМ				
	0	I	II	III	IV
ОСНОВНЫЕ:					
щелочная фосфатаза	Норма	до 2,5 ВГН	> 2,5 до 5 ВГН	> 5 до 20 ВГН	> 20 ВГН
общий билирубин	Норма	от 1 до 1,5 ВГН	> 1,5 до 3 ВГН	> 3,0 до 10 ВГН	> 10 ВГН
гамма-глутамилтрансфераза	Норма	до 2,5 ВГН	> 2,5 до 5 ВГН	> 5 до 20 ВГН	> 20 ВГН
увеличение печени	нет	нет	нет	есть	есть
Уровень АСТ	Норма	до 2,5 ВГН	> 2,5 до 5 ВГН	> 5 до 20 ВГН	> 20 ВГН
Уровень АЛТ	Норма	до 2,5 ВГН	> 2,5 до 5 ВГН	> 5 до 20 ВГН	> 20 ВГН
гипоальбуминемия	Норма	от НГН до 30 г/л	от 20–30 г/л	от 20–10 г/л	< 10 г/л
ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ:					
клинические признаки гепатотоксичности	нет	нет	нет	есть	есть
кровоток в воротной вене	Норма	Норма	Снижение скорости кровотока	Ретроградный	Ретроградный

**Примечание.** ВГН — верхняя граница нормы; например: 2,5 ВГН = до 2,5 величины верхней границы нормы. НГН — нижняя граница нормы.

Поскольку диагноз гепатотоксического действия на печень химиотерапевтических препаратов является диагнозом исключения, его верификацию проводят следующими методами: компьютерная томография, МРТ, УЗИ печени, эластография. Также используется соотношение показателей АСТ /АЛТ,

по которому можно судить о характере гиперферментемии. В норме соотношение АСТ и АЛТ ближе к 1. При соотношении АСТ и АЛТ <0,7 подтверждается печеночный характер гиперферментемии. Если соотношение АСТ и АЛТ составляет >1,3, то гиперферментемия имеет внепеченочный генез.

К современным подходам коррекции гепатотоксического действия химиопрепаратов относятся: правильно организованное питание, что является непростой задачей для врачей. Защита печени — это прежде всего минимизация поступления токсических веществ. Поэтому важно качество продук-



С учетом того, что S-адеметионин также обладает анти-депрессивным эффектом, его использование показано пациентам онкологического профиля.

тов, питьевой воды, исключение контактов с гепатотоксичными веществами бытовой химии и др.

Специфическим антидотом при дозозависимой гепатотоксичности служит N-ацетилцистеин и другие доноры сульфгидрильной группы. Одним из таких препаратов является S-адеметионин. Являясь основным эндогенным донором метильной группы, адеметионин принимает участие в реакциях трансметилирования (это реакции второй фазы детоксикации, в которых S-аденозилметионин выступает донором метильной группы в реакциях связывания активных веществ). Принимая участие в синтезе нуклеиновых кислот и белка, адеметионин играет основную роль в синтезе полиаминов и явля-

ется источником цистеина — аминокислоты, необходимой для образования глутатиона — основного эндогенного гепатопротектора. Конъюгацию с глутатионом, приводящую к образованию меркаптуровых кислот, принято рассматривать в качестве основного механизма детоксикации.

Прием S-адеметионина уменьшает дефицит эндогенного метионина и стимулирует его выработку в организме, способствует повышению уровня восстановленного глутатиона в микросомах печени и уменьшению показателей перекисного окисления липидов.

Адеметионин, в отличие от многих других гепатопротекторов, обладает обширной доказательной базой: более 200 исследований и 81 метаанализ исследований, более 8 тысяч публикаций в научно-медицинской прессе!

В многочисленных клинических исследованиях подтверждена эффективность и безопасность S-адеметионина при различных хронических заболеваниях печени. Экспериментальные и клинические данные использования S-адеметионина подтверждают целесообразность его применения при лекарственных поражениях печени, в том числе вызванных приемом химиотерапевтических средств.

Опубликованные исследования свидетельствуют о длительном эффекте препарата, сохраняющемся даже после окончания лечения, и отсутствии побочных эффектов его использования. Исключением являются пациенты с нарушением фоллатного цикла, который должен определяться до начала лечения. Однако кратковременный цикл применения S-адеметионина (до 2 месяцев), с точки зрения оценки риск-польза, свидетельствует об эффективности лечения у пациентов, получающих противоопухолевые препараты.



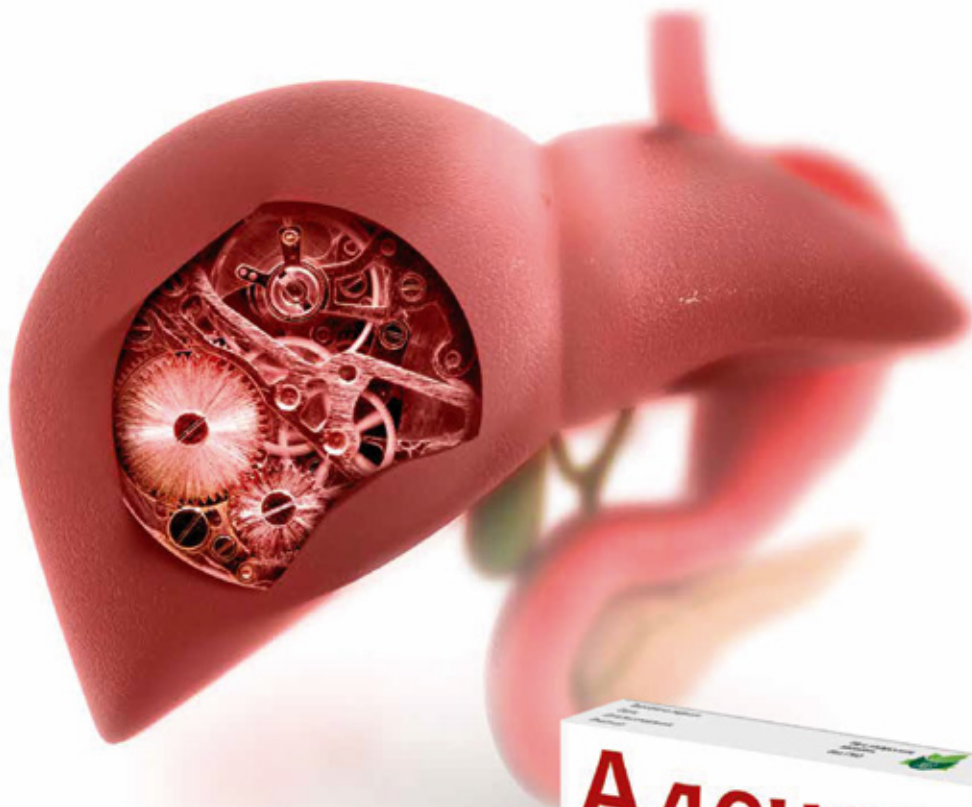
Учитывая положительный более чем 30-летний мировой опыт использования адеметионина при алкогольной болезни печени, холестазах, остеоартрите, неалкогольном стеатогепатите, лекарственно-индуцированных поражениях печени, в том числе и при лечении цитостатиками, а также выраженный антидепрессивный эффект, применение препаратов S-адеметионина — один из важнейших инструментов в защите печени и поддержании ее нормального функционирования при различных клинических ситуациях. Для достижения эффекта достаточно 800–1200 мг адеметионина в сутки. Достойный представитель этой молекулы на украинском рынке — **Аденомак** от мирового производителя лекарственных субстанций — компании Маклеодс Фармасьютикалз Лтд. Обладая превосходными характеристиками качества, **Аденомак** демонстрирует отличные результаты применения, а также, что немаловажно, экономит финансовые ресурсы пациента. Аргументом в пользу выбора адеметионина служит тот факт, что его

доказательная база насчитывает более 200 исследований, а эффективность превышает таковую традиционных средств на основе растительного сырья. Однако при этом **Аденомак** остается доступным для украинских пациентов, что делает лечение патологических состояний и заболеваний печени максимально приближенным к современным стандартам лечения. В пользу **Аденомака** также говорит тот факт, что его состав был дополнительно исследован и подтвержден на базе лаборатории МЗ Украины. Компания-производитель осуществляет строгий контроль на всех этапах производства, хранения и транспортировки, внедряет специальные мероприятия по защите упаковок от подделки, проводит плановые и внеплановые проверки качества продукции. Ввиду своей эффективности и безукоризненного качества **Аденомак** пользуется заслуженным доверием врачей и пациентов. Используйте **Аденомак** в своей практической деятельности и получайте отличные результаты!



# Аденомак

Adenomac  
Пищевой продукт для специальных  
медицинских целей



## РАБОТАЕТ КАК ЧАСЫ



**Склад.** 1 таблетка, вкрита плівковою оболонкою, кишковорозчинна, масою 1206,24 мг, містить: діюча речовина: S-аденозил-L-метіонін дісульфат p-толуенсульфонат у кількості, що еквівалентна 400 мг S-аденозил-L-метіоніну. **Рекомендовано** для споживання в раціонах харчування виключно під наглядом лікаря при станах, що супроводжуються зниженням біосинтезу печінкового S-аденозил-L-метіоніну, а також як додаткове джерело S-аденозил-L-метіоніну з метою підтримки нормальної функції гепатобіліарної системи, загального зміцнення організму. **Спосіб застосування та дози.** Дорослим застосовувати внутрішньо 1 таблетку на добу (400 мг) або за рекомендацією лікаря. Максимальна добова доза — 1600 мг. Тривалість застосування залежить від тяжкості та перебігу захворювання та визначається лікарем індивідуально. Таблетки слід ковтати не розжовуючи. Для кращого всмоктування активної речовини та для повного терапевтичного ефекту таблетки слід застосовувати між прийомами їжі. Таблетку препарату Аденомак слід виймати з блистера безпосередньо перед прийомом. Якщо цілісність упаковки порушена, необхідно утриматися від застосування. **Умови зберігання.** Зберігати при температурі від 0 °С до 25 °С у недоступному для дітей місці. **Упаковка.** По 10 таблеток у стрипі. По 1, 2, 4, 5 або 6 стрипів у картонній коробці. **Виробник.** Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед. **Місцезнаходження виробника та його адреса місця провадження діяльності.** Віледж Тхеда, ПО Лодхімайра, Техсіл Бадді, Дістрікт Солан, Хімачал Прадеш - 174101 (Блок №2), Індія.

**MACLEODS**

# XX НАЦІОНАЛЬНИЙ КОНГРЕС КАРДІОЛОГІВ УКРАЇНИ



ІНФОРМАЦІЙНЕ ПОВІДОМЛЕННЯ №1

25–27 вересня  
2019 року  
м. Київ

НСК «Олімпійський»,  
вул. Велика Васильківська, 55,  
метро «Олімпійська», «Палац спорту»

## ОСНОВНІ НАУКОВО-ПРАКТИЧНІ НАПРЯМИ КОНГРЕСУ

- гострий інфаркт міокарда та питання реабілітації;
- атеросклероз та ішемічна хвороба серця;
- артеріальна гіпертензія;
- інтервенційна кардіологія;
- кардіохірургія;
- некоронарогенні захворювання міокарда;
- аритмії та раптова серцева смерть;
- гостра та хронічна серцева недостатність;
- метаболічний синдром;
- дитяча кардіологія;
- профілактична кардіологія;
- експериментальна кардіологія та фундаментальні дослідження;
- фармакотерапія;
- медико-соціальні аспекти кардіології.

### ФОРМА УЧАСТІ

Усна доповідь, доповідь на конкурсі молодих вчених, стендова доповідь, тези

### ПРАВИЛА ОФОРМЛЕННЯ ТЕЗ

1. Тези оформляються на 1 стор. (A4), шрифт Times New Roman, 12 пт, через 1 інтервал. Мова українська, російська, англійська.
2. Структура тез. Назва публікації (заголовними літерами, жирним шрифтом); прізвища та ініціали авторів; заклад, в якому проводилось наукове дослідження, місто.
3. Текст тез повинен включати: мету дослідження; методи дослідження; отримані висновки, результати (усі аббревіатури повинні бути розшифровані).
4. Тези приймаються в електронному вигляді у форматі Word на електронну адресу: [orgmetod2017@gmail.com](mailto:orgmetod2017@gmail.com). В одному файлі повинні міститися одні тези. Ім'я файлу, під яким буде збережена робота, оформляється так: прізвище, ініціали першого автора, назва населеного пункту, порядковий номер роботи.

**Наприклад:** **ЗавгороднійВІДніпро1** для першої роботи і **ЗавгороднійВІДніпро2** для другої роботи. Ім'я файлу задається українськими літерами без пропусків та розділових знаків.

**Увага!** Разом з тезами обов'язково надіслати в тому самому файлі інформацію про авторів (назва тез, автори, заклад, місто, країна, поштова адреса, мобільний телефон). Необхідно вказати автора, уповноваженого контактувати з організаційним комітетом. Обов'язково вказати, чи бажаєте ви зробити стендову доповідь.

Тези приймаються до 21 травня 2019 р. включно за електронною адресою: [orgmetod2017@gmail.com](mailto:orgmetod2017@gmail.com) (з приміткою: на XX Національний конгрес кардіологів України — тези доповідей або стендова доповідь).

**До уваги авторів:** усі медичні препарати, вказані в тексті, повинні мати не комерційну, а фармакопейну назву.

Тези, які не відповідають вищезазначеним умовам, будуть відхилені організаційним комітетом без узгодження з авторами.

### КОНКУРС МОЛОДИХ ВЧЕНИХ (УСНІ ДОПОВІДІ)

Тези усних доповідей для розгляду оргкомітетом подаються до 21.05.2019 р. з приміткою: «На конкурс молодих вчених», XX Національний конгрес кардіологів України. Тези приймаються в електронному вигляді у форматі Word на електронну адресу: [orgmetod2017@gmail.com](mailto:orgmetod2017@gmail.com)



# Современные подходы к лечению и профилактике желудочно-кишечных кровотечений на фоне НПВП-гастропатий и стрессовых язв



**С. М. Ткач,**  
доктор медицинских наук,  
главный научный сотрудник  
Украинского научно-практического  
центра эндокринной хирургии,  
трансплантации эндокринных  
органов и тканей МЗ Украины

**В**ерхнее желудочно-кишечное кровотечение (ЖКК) является одним из достаточно распространенных медицинских осложнений: только в европейских странах от 48 до 144 пациентов на 100 тыс. населения обращаются в стационары с признаками ЖКК (А. С. Ибадильдин и соавт., 2016). Несмотря на постоянное совершенствование методов лечения (эндоскопический гемостаз, в/в применение ингибиторов протонной помпы), смертность вследствие острых ЖКК в странах Западной Европы колеблется в пределах 5–15%, а при тяжелом рецидивирующем кровотечении достигает 30–40% (А. В. Богдано-

вич и соавт., 2016). Риск неблагоприятных исходов резко возрастает при рецидиве кровотечения. Среди кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта в среднем половину (по данным различных авторов, до 60–75%) составляют язвенные кровотечения (А. В. Богданович и соавт., 2016). Наряду с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, достаточно частой причиной ЖКК являются стрессовые язвы, нередко развивающиеся после оперативных вмешательств, а также эрозивно-язвенные поражения вследствие приема нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП). Средняя частота кровотечений при стрессовых язвах у больных, не получавших профилактики, по данным исследований, опубликованных в конце 1990-х годов, составляет 6%. У больных, принимающих НПВП, ЖКК наблюдаются в пять раз чаще, чем у лиц, не принимающих препараты этого класса.

Среди кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта в среднем половину (по данным различных авторов, до 60–75%) составляют язвенные кровотечения.

К сожалению, несмотря на блестящие успехи в лечении пептических язв, количество кровотечений из верхних отделов ЖКТ не только не уменьшилось, но во многих странах существенно увеличилось. Многие исследователи связывают это с широким применением во всем мире аспирина и НПВП и высокой распространенностью НПВП-гастропатий, которые достаточно часто манифестируют именно ЖКК. Относительный риск развития кровотечения, перфорации и смерти вследствие НПВП-индуцированных язв, по обобщенным данным нескольких исследований, составляет соответственно 3, 6 и 7,6.

## В ПОИСКЕ ОПТИМАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ

Основным методом лечения ЖКК вследствие НПВП-индуцированных или стрессовых язв является эндоскопический гемостаз, однако у 15–20% больных он неэффективен (О. А. Чуманевич и соавт., 2006). В многочисленных исследованиях и метаанализах, проведенных в последние годы, показано, что исходы лечения ЖКК значительно улучшаются при сочетании эндоскопических методов терапии с фармакологическими. Среди лекарственных средств оптимальные условия для прекращения процессов деструкции в язвенном кратере

### Патогенез возникновения стрессовых язв гастродуоденальной зоны



создают ингибиторы протонной помпы (ИПП). Преимущества ИПП перед антисекреторными препаратами других групп обусловлены их фармакодинамическими и фармакокинетическими свойствами и подтверждены результатами клинических исследований и метаанализов. Патогенетической основой для применения ИПП у больных с язвенными кровотечениями является нарушение тромбообразования в условиях повышенной кислотности. Соляная кислота нарушает фор-

мирование тромбов путем ингибирования агрегации тромбоцитов и усиления их дезагрегации, а также ускоряет тромболизис за счет кислотостимулированного пепсинового механизма. Ингибирование секреции кислоты облегчает образование тромбов и угнетает фибринолиз. Таким образом, быстрое и сильное угнетение продукции соляной кислоты и пепсина является необходимым условием для остановки кровотечения. Более того, для профилактики раннего рецидива критиче-

ски важно длительное поддержание внутрижелудочного pH на уровне не ниже 6,0. Единственным практически возможным способом достижения этого является внутривенная инфузия ИПП (табл. 1). Антисекреторные средства других фармакологических групп, включая антагонисты H<sub>2</sub>-гистаминовых рецепторов, не позволяют достичь этой цели.

Быстрое и сильное угнетение продукции соляной кислоты и пепсина является необходимым условием для остановки кровотечения.

### ПРЕИМУЩЕСТВА

#### ПАРЕНТЕРАЛЬНЫХ ИПП

Парентеральные ИПП не только намного более эффективны в плане угнетения кислотности, блокируя и стимулированную, и базальную секрецию, но и оказывают гораздо более продолжительный эффект. В процессе парентерального применения ИПП не развивается толерантности. Так, однократная инъекция 80 мг пантопразола почти полностью устраняет кислотную секрецию за 30 минут, а эффект продолжается в среднем 14 часов (С. А. Курилович и соавт., 2008). Для того чтобы поддерживать ахлоргидрию, что обязательно требуется для профилактики рецидива ЖКК после его первичной остановки, необходимы повторные инъекции. В качестве альтернативного метода для поддержания ахлоргидрии можно использовать постоянное в/в ведение ИПП в дозе 8 мг/час.

Положения практического руководства Американской коллегии гастроэнтерологов «Лечение пациентов с язвенным кровотечением», 2012	
Перед проведением эндоскопии	Внутривенное введение ИПП (болюс 80 мг с последующей инфузией из расчета 8 мг/ч) может быть рекомендовано пациентам с высоким риском обнаружения эндоскопических стигм продолжающегося кровотечения, а также больным, нуждающимся в эндоскопическом лечении.
После эндоскопии	После успешного эндоскопического гемостаза в/в терапия ИПП (болюс 80 мг с последующей инфузией из расчета 8 мг/ч на протяжении 72 ч) рекомендована пациентам с язвенным дефектом и активным кровотечением, обнаруженным некровотоющим сосудом или адгезированным тромбом.

## НОВЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ГРУППЫ ИПП С ДОКАЗАННОЙ ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ

Внутривенные формы существуют у омепразола, пантопразола, эзомепразола. Пантопразол (в Украине недавно зарегистрирован новый парентеральный пантопразол под торговой маркой Улсепан компании World Medicine) является одним из наиболее эффективных и безопасных ИПП, применяемых как в инъекционной, так и в таблетированной форме. Пантопразол демонстрирует высокую эффективность в коррекции и поддержании рН внутри желудка на требуемом уровне как в эксперименте, так и в клинике.

В отличие от омепразола и эзомепразола, пантопразол обладает наиболее низким уровнем межлекарственных взаимодействий, что крайне важно для больных с ЖКК, получающих, как правило, большое число препаратов.

Так, внутривенное введение пантопразола (Улсепан) в дозе 80 мг с последующей его инфузией в течение 24 часов со скоростью 8 мг/ч позволяло поддерживать внутрижелудочный рН на уровне 4 в течение 99% 24-часового периода и выше 6 в течение 84% этого времени у 8 здоровых добровольцев. После эндоскопического гемостаза внутривенное введение пантопразола в дозе 80 мг с последующей постоянной инфузией со скоростью 8 мг/ч

в течение 3 суток у 14 пациентов с язвами желудка и/или 12-перстной кишки, осложненными кровотечением, повышало медиану внутрижелудочного рН до 6,3 (мониторинг — более 48 часов). В этом исследовании медиана относительного времени, в течение которого рН превышала 4, 5 и 6, составляла 97,5; 90,5 и 64,3% соответственно. В другом исследовании Hsu P.I. и соавт. продемонстрировали более высокую эффективность пантопразола (40 мг в/в, 2 раза в сутки) в профилактике рецидива ЖКК по сравнению с ранитидином (50 мг в/в 3 раза в сутки) у 102 больных. После эндоскопического гемостаза и применения пантопразола или ранитидина в качестве адъювантной терапии повторные эпизоды ЖКК возникли у 4 и 16% больных соответственно ( $p = 0,04$ ). Авторы не выявили различий между группами по объему гемотрансфузий, количеству оперативных вмешательств, длительности госпитализации и летальности.

Кроме того, в отличие от омепразола и эзомепразола, пантопразол обладает наиболее низким уровнем межлекарственных взаимодействий, что крайне важно для больных с ЖКК, находящихся в отделениях интенсивной терапии и получающих, как правило, большое число препаратов. За исключением стандартных

для ИПП взаимодействий с другими препаратами, которые связаны с повышением рН желудочного сока (взаимодействие с кетоназолом, интраконазолом и дигоксином), в отношении пантопразола отмечены только единичные примеры лекарственного взаимодействия. В отличие от омепразола, пантопразол (Улсепан) не вызывает взаимодействия при одновременном введении с фенитоином, варфарином, диазепамом, R-варфарином, бета-блокаторами, теофиллином, диклофенаком, фенацетином, ацетаминофеном, кларитромицином и другими препаратами, метаболизирующимися с участием CYP2C19 и CYP3A4. Поэтому при необходимости длительного сочетанного применения ИПП и этих медикаментов он рассматривается как препарат выбора. Пантопразол также не оказывает клинически значимых перекрестных реакций с НПВП, в первую очередь с диклофенаком, который является одним из наиболее часто применяющихся препаратов этой группы. Поэтому при высоком риске возникновения НПВП-гастропатий, когда требуется дополнительное превентивное назначение ИПП, или при необходимости продолжения приема диклофенака, даже в случае развития НПВП-гастропатии, дополнительным лечебным препара-

### Преимущества пантопразола (Улсепана)

Высокая биодоступность и клиническая эффективность.

Устойчивое и длительное снижение желудочной секреции.

Минимальное воздействие на CYP2C19, низкая системная активность.

Нейтральность по отношению к антикоагулянтам (клопидогрелю).

Отсутствие лекарственных взаимодействий.

Оптимальная безопасность кратковременного и длительного приема.



ратом выбора также является именно пантопразол.

Пантопразол (Улсепан) также является наиболее безопасным и лучшим ИПП по переносимости. При его приеме незначительные побочные эффекты фиксируются только у 1,1% больных. Программы контроля за результатами клинического применения показали, что среди 100 000 пациентов с кислотозависимыми расстройствами, получающими пантопразол, какие-либо неблагоприятные эффекты наблюдались только у 0,77%. Очень важно и то, что фармакокинетика пантопразола существенно не отличается у молодых и пожилых людей, а именно последние являются основным контингентом пациентов, которым назначаются многочисленные препараты по поводу сопутствующей патологии. Кроме того, даже легкая и среднетяжелая дисфункция печени не влияет на фармакокинетику пантопразола, что обеспечивает стабильность его фармакологического эффекта.

В отличие от других ИПП, которые обратимо связывают в протонной помпе или цистеин 813, или цистеин 321, пантопразол связывается сразу с двумя цистеинами ПП — 813 и 822. Именно цистеин 822 обеспечивает устойчивость связи и дли-

Пантопразол (Улсепан) также является наиболее безопасным и лучшим ИПП по переносимости. При его приеме незначительные побочные эффекты фиксируются только у 1,1% больных.

тельность ингибции протонной помпы и кислотной продукции. Поэтому если после прекращения приема других ИПП кислотность возвращается за счет прерывания химической связи с протонной помпой, то в случае с пантопразолом — за счет синтеза новых протонных помп, на который необходимо время. Поэтому и время для восстановления ингибированной секреции кислоты составляет для лансопразола около 15 часов, для омепразола и рабепразола — около 30 часов, в то время как для пантопразола — примерно 46 часов. То есть пантопразол (Улсепан) обеспечивает наиболее продолжительный кислотоснижающий эффект и является одним из наиболее эффективных и безопасных ИПП.

Таким образом, профилактика и лечение ЖКК на фоне НПВП-гастропатий или стрессо-

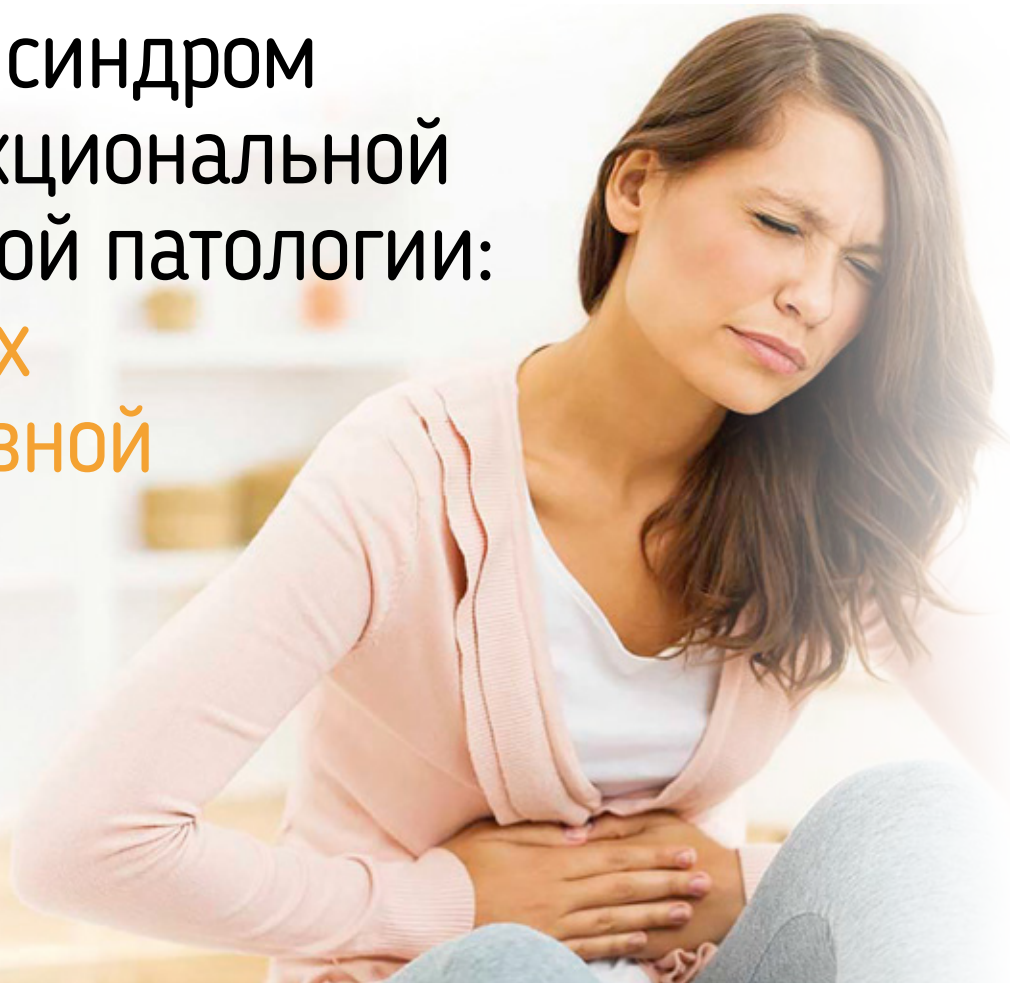
вых язв — одна из важных задач в лечебной практике как врача-анестезиолога-реаниматолога и хирурга, так и гастроэнтеролога и терапевта. Ведущее место при ее решении отводится антисекреторным препаратам, прежде всего — ИПП. Преимуществом представителей группы ИПП по сравнению с H2-блокаторами является доказанная клиническая эффективность в профилактике и лечении язвенных поражений ЖКТ и ЖКК вследствие более сильного подавления секреции соляной кислоты. Группа ИПП представлена препаратами, которые различаются по фармакокинетическим показателям, лекарственным формам, пути метаболизма и спектру взаимодействий с другими лекарственными средствами. Пантопразол (Улсепан) — представитель группы ИПП с доказанной эффективностью, имеет лекарственную форму не только в виде кишечнорастворимых таблеток по 40 мг, но и форму для парентерального введения (внутривенные болюсные инъекции, капельные и длительные постоянные инфузии) и обладает самым низким потенциалом взаимодействия с другими лекарствами, что позволяет эффективно применять его у больных с ЖКК на фоне НПВП-гастропатий или стрессовых язв.

## Список литературы

- А. С. Ибадильдин. <https://cyberleninka.ru/article/v/zheludочно-kishechnoe-krovotечение-sovremennye-aspekty-diagnostiki-obzor-literatury>  
А. В. Богданович. <https://cyberleninka.ru/article/v/struktura-i-taktika-lecheniya-krovotечений-iz-verhnih-otdelov-zheludочно-kishechnogo-trakta>  
В статье Ткача от 2015 г. источники 1, 2 и 5. <https://cyberleninka.ru/article/v/effektivnost-eradikatsii-infektsii-helicobacter-pylori-v-pervichnoy-profilaktike-npvp-gastropatii>  
О. А. Чуманевич. <http://www.mednovosti.by/journal.aspx?article=630>  
С. А. Курилович. <https://cyberleninka.ru/article/v/antisekretorny-potentsial-pantoprazola-sanpraza>

# Болевой синдром при функциональной билиарной патологии:

## в поисках эффективной терапии



Рецидивирующий болевой синдром в эпигастрии и правом подреберье, иррадиирующий в правую лопатку или локализующийся в левом подреберье с иррадиацией в спину, – это одна из самых частых жалоб, с которой пациенты обращаются к гастроэнтерологам, а также к терапевтам и семейным врачам. Появляющаяся, как правило, через 30–40 минут после приема пищи, не утрачивающая своей интенсивности после дефекации, изменения положения тела, приема антацидов, эта боль нарушает привычную дневную активность, вынуждая незамедлительно отправляться в медучреждение. Некоторых больных интенсивная боль заставляет проснуться посреди ночи, а присоединяющиеся тошнота и рвота только укрепляют решение пациента безотлагательно обратиться за ургентной медицинской помощью.

Врачи, осматривающие таких страдальцев, первым делом стараются исключить желчнокаменную болезнь или атаку панкреатита. Однако нередко при такой яркой, типичной симптоматике билиарной боли инструментальные методы исследования не обнаруживают ни конкрементов в желчевыводящих путях (ЖВП), ни других структурных аномалий со стороны печени, желчного пузыря; отсутствуют также признаки значимых изменений поджелудочной железы и Вирсунгова протока, нет признаков микролитиаза. Порой такие результаты вызывают значительные затруднения в определении причины, вызвавшей интенсивную боль. Не менее сложной задачей является выбор тактики лечения таких больных. Что же следует делать в этой непростой ситуации?

## ВО ВРЕМЯ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПОИСКА...

Подсказать оптимальную тактику действий в данной ситуации может тщательный анализ анамнестических данных. Исключение органической патологии и характерный анамнез болезни (повторяющиеся приступы на протяжении трех и более месяцев, перенесенная ранее холецистэктомия, отсутствие других возможных причин возникновения панкреатита) наводят на мысль о функциональной патологии, а характерные «билиарные» или «панкреатические» жалобы позволяют заподозрить дисфункцию сфинктера Одди (СО) по билиарному (БТ) или панкреатическому типу (ПТ) соответственно. Подтвердить высказанное предположение помогает определение активности печеночных и панкреатических ферментов на высоте болевого синдрома. Рост концентрации печеночных ферментов при неизменном уровне амилазы / липазы дает полное право выставить больному предположительный диагноз «Дисфункция СО по БТ» согласно положениям IV Римского консенсуса (2016). Тогда как нормальные показатели АЛТ, АСТ, щелочной фосфатазы и гамма-глутамилтранспептидазы при повышении содержания амилазы / липазы крови свидетельствуют о высокой вероятности дисфункции СО по ПТ.

Следующим наиболее оптимальным решением на пути диагностического поиска будет проведение эндоскопического ультразвукового исследования (ЭУЗИ) — метода, чувствительность которого значительно пре-

восходит стандартное УЗИ в обнаружении дилатации холедоха, мелких конкрементов / взвеси в ЖВП, органических изменений СО, начальных признаков хронического панкреатита и небольших опухолей. Авторы IV Римского консенсуса отдают предпочтение именно ЭУЗИ в диагностике дисфункции СО, т. к. чувствительность и специфичность этой методики превышает таковые магниторезонансной томографии, эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ). Эксперты подчеркивают, что ЭУЗИ является единственным методом, позволяющим обнаружить очень мелкие конкременты (<3 мм) в ЖВП, а в некоторых случаях — отказаться от выполнения контрастных инвазивных исследований (ЭРХПГ). В ряде случаев при отсутствии изменений на ЭУЗИ могут быть рекомендованы манометрия СО, гепатобилиарная скинтиграфия, ЭРХПГ.

## ОПТИМАЛЬНЫЙ ФАРМАКОПРЕПАРАТ: КАКОЙ ОН?

Неотъемлемым условием, являющимся одновременно залогом эффективности консервативной терапии при отсутствии признаков обструкции СО, считается строгое соблюдение диетических рекомендаций, модификация образа жизни и прием лекарственных средств.

Фармакотерапия при дисфункции СО по БТ направлена на снижение базального давления СО и коррекцию дуоденальной гипертензии; при функциональной патологии СО по ПТ она предполагает нормализацию интрадуо-

денального pH, секреции поджелудочной железы, базального давления СО и дуоденальной гипертензии. Большое значение в обоих случаях имеет назначение селективных спазмолитиков, способных снять спазм СО и содействовать восстановлению двигательной активности желчного пузыря. Одним из таких препаратов, убедительно доказавших свою эффективность и безопасность в нивелировании спазма гладкой мускулатуры ЖВП, является мебеверин.

Мебеверин — это исключительный спазмолитик, обладающий двойным механизмом действия, который не только снимает мышечный спазм благодаря прямому блокирующему действию на натриевые каналы гладкомышечных клеток, но и предотвращает развитие гипотонии, непрямым образом уменьшая отток ионов калия из клетки. Поэтому после приема мебеверина и устранения гипермоторики происходит нормализация тонуса гладких мышц СО и кишечника, что позволяет сохранить перистальтическую активность желудочно-кишечного тракта и предотвратить развитие гипотонии.

Эффективность и безопасность мебеверина доказана многочисленными рандомизированными контролирурованными исследованиями (РКИ), систематическими обзорами и метаанализами. Лестную оценку мебеверину дали М. Darvish-Damavandi и коллеги, авторы крупного метаанализа (2010). Проанализировав результаты 8 РКИ (n=555), исследователи установили, что назначение мебеверина позволяет добиться клинического улучшения (суммарный относительный риск, ОР — 1,13;



95% ДИ — 0,59–2,16) и уменьшить интенсивность абдоминальной боли (суммарный ОР — 1,33; 95% ДИ — 0,92–1,93).

Ученые зафиксировали еще один интересный факт: оказывается, эффективность мебеверина зависит от дозы препарата и формы выпуска. Прием капсулированной формы, содержащей 200 мг действующего вещества, более эффективно купирует болевой синдром (ОР — 1,08; 95% ДИ — 0,87–1,34) и улучшает клиническое состояние пациентов (ОР — 1,12; 95% ДИ — 0,96–1,3), чем применение таблеток, вмещающих 135 мг мебеверина. Исследователи также подчеркнули хорошую переносимость и высокий профиль безопасности препарата. Одним из ярких доказательств безопасности мебеверина и отсутствия у него значимых побочных действий является возможность использования данного лекарственного средства в акушерско-гинекологической и педиатрической практике.

Несколько позже эффективность мебеверина в купировании абдоминального болевого синдрома при синдроме раздраженного кишечника была подтверждена еще в одном метаанализе, выполненном М. Martínez-Vázquez и соавт. (2012). И. Маев и коллеги (2018)

в рамках многоцентрового РКИ подтвердили результативность мебеверина в нивелировании боли и диспепсии у пациентов с постхолецистэктомическим синдромом.

## ОТКРОЙТЕ ДЛЯ СЕБЯ МЕБСИН РЕТАРД!

Относительно недавно на отечественном фармакологическом рынке появился генерический препарат мебеверина — Мебсин Ретард® (производства фирмы Organosyn Life Sciences), обладающий целым рядом преимуществ (см. табл.).

Медсин Ретард® предназначен для перорального применения, он эффективно купирует абдоминальную боль и другие клинические проявления дисфункции СО как билиарного, так и панкреатического типа. Современные технологии и тщательный контроль на всех этапах производства являются залогом высокой результативности и отличного качества препарата.

Медсин Ретард® — гарантия быстрого купирования боли при функциональной билиарной патологии!

**Марина Литовская,**  
врач-гастроэнтеролог

### ПРЕИМУЩЕСТВА МЕБСИНА РЕТАРД

- оптимальное содержание мебеверина гидрохлорида (200 мг) в каждой капсуле;
- пролонгированное высвобождение действующего вещества, обеспечиваемое специальным покрытием капсул;
- быстрота развития и значительная длительность клинического эффекта;
- возможность использования у пациентов с сопутствующими заболеваниями печени и почек без коррекции дозы;
- простая схема приема (по 1 капсуле 2 раза в сутки);
- отсутствие значимых побочных действий;
- возможность применения у взрослых и детей старше 10 лет;
- неограниченная длительность применения;
- экономическая доступность.

### Список литературы

- Drossman D. A., Hasler W. L. Rome IV-Functional GI Disorders: Disorders of Gut-Brain Interaction. *Gastroenterology*. 2016;150(6):1257-61.
- Darvish-Damavandi M. A systematic review of efficacy and tolerability of mebeverine in irritable bowel syndrome. *World J Gastroenterol*. 2010 Feb 7;16(5):547-53.
- Martínez-Vázquez MA. Effect of antispasmodic agents, alone or in combination, in the treatment of Irritable Bowel Syndrome: systematic review and meta-analysis. *Rev Gastroenterol Mex*. 2012 Apr-Jun;77(2):82-90. doi: 10.1016/j.rgmx.2012.04.002. Epub 2012 Jun 5.
- Maev IV. Effectiveness of mebeverine in patients with post-cholecystectomy gastrointestinal spasm: results of prospective observational program «odyssey». *Ter Arkh*. 2018 Aug 27;90(8):40-47. doi: 10.26442/terarkh201890840-47.
- Инструкция к Мебсин Ретард. <https://compendium.com.ua/info/172359/mebsin-retard/>

# МЕБСІН РЕТАРД®



**Мебсін Ретард® –  
ПОДВІЙНА ДІЯ  
ТА ПРОЛОНГОВАНІЙ ЕФЕКТ  
ПРИ СПАЗМАХ ШКТ**

 **Organosyn**

**Витяг з інструкції до медичного застосування препарату МЕБСІН РЕТАРД. Діюча речовина:** Мебеверину гідрохлорид 200 мг капс., №30 РП № UA / 8968/01/01 від 23.09.2013 до 23.09.2018. **Фармакологічні властивості. Фармакодинаміка.** Мебсін Ретард — міотропний спазмолітик з вибірковою дією на гладкі м'язи травного тракту. Усуває спазм гладких м'язів кишечника без пригнічення нормальної перистальтики. Типових антихолінергічних побічних ефектів не викликає. **Фармакокінетика.** Мебеверин швидко і повністю абсорбується після прийому. Завдяки пролонгованому вивільненню препарату з капсули його можна приймати два рази на день. У кишечнику повністю засвоюється, піддається пресистемному гідролізу і не визначається в плазмі крові. Мебеверин гідролізується з утворенням вератрової кислоти і мебеверинового спирту. Вератрова кислота виводиться з сечею. Мебевериновий спирт також виводиться нирками у вигляді відповідних карбоксільної та диметилкарбоксільної кислот. Відносна біодоступність 97%. **Показання:** симптоматичне лікування абдомінального болю і спазмів, розладів кишечника і відсуття дискомфорту у ділянці кишечника при синдромі подразненого кишечника; лікування шлунково-кишкових спазмів вторинного генезу, спричинених органічними захворюваннями. **Застосування:** дорослі та діти віком від 10 років: 1 капсула Мебсін Ретард 2 рази на добу, бажано за 20 хв до їди, не розжовуючи, запиваючи великою кількістю води. Тривалість застосування необмежена. **Клінічна ефективність та безпека.** Клінічна ефективність та безпека застосування різних лікарських форм мебеверину були вивчені у понад 1500 пацієнтів. Значне послаблення переважних симптомів синдрому подразненого кишечника (наприклад, біль у животі, характеристики випорожнення) зазвичай спостерігалися у референтних та контрольованих за основними значеннями клінічних дослідженнях. Усі лікарські форми мебеверину були загалом безпечними та добре переносилися при рекомендованому режимі дозування. **Застосування у період вагітності та годування груддю.** Не рекомендується застосовувати у період вагітності або годування груддю. **Діти.** Препарат не рекомендується призначати дітям віком до 10 років через високий вміст діючої речовини. **Здатність впливати на швидкість реакції при керуванні автотранспортом або роботі з іншими механізмами.** Фармакодинамічний та фармакокінетичний профіль, а також постмаркетинговий досвід не свідчать про будь-який шкідливий вплив на здатність керувати автомобілем і працювати з механічними пристроями. **Передозування:** симптоми збудження ЦНС. Лікування: специфічний антидот невідомий. Виведення неабсорбованого препарату з ЖКТ (промивання шлунка, активоване вугілля), симптоматична і підтримуюча терапія. **Побічна дія** – алергічні реакції (висипання на шкірі, кропив'янка, ангіоневротичний набряк, у тому числі набряк обличчя), запаморочення, діарея або запор та інші.

**ІНФОРМАЦІЯ ДЛЯ РОЗПОВСЮДЖЕННЯ СЕРЕД МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ НА СЕМІНАРАХ, КОНФЕРЕНЦІЯХ, СИМПОЗІУМАХ З МЕДИЧНОЇ ТЕМАТИКИ ТА ДЛЯ РОЗМІЩЕННЯ У СПЕЦІАЛІЗОВАНИХ ВИДАННЯХ, ПРИЗНАЧЕНИХ ДЛЯ МЕДИЧНИХ УСТАНОВ ТА ЛІКАРІВ. НЕ ДЛЯ НЕВИЗНАЧЕНОГО КОЛА ОСІБ**

ТОВ "ОРГАНОСІН ЛТД" | м. Київ, 04112, Україна, вул. Сікорського, 8. тел/факс +38(044) 456 99 33



НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ

# АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ДИТЯЧОЇ НУТРИЦІОЛОГІЇ

**16 КВІТНЯ 2019**

Конференц Хол «Депо», м. Київ, вул. Антоновича, 52



Міністерство охорони здоров'я України



ВГО «Асоціація педіатрів-гастроентерологів  
та нутриціологів України»



Технічний партнер: ПРОСТІР

Конференція внесена  
до офіційного Реєстру  
МОЗ 2019 року

Обов'язкова реєстрація учасників на сайті [www.gastrokids.com.ua](http://www.gastrokids.com.ua)  
чи за телефоном +38 044 469 11 40



ПОДІЇ

PRO|PRE  
BIOTIC

2019

ПОГЛЯДУ МАЙБУТНЄ

**20–21 лютого 2019 року в Києві відбувся справді унікальний для медичної спільноти захід — конференція з питань пре- та пробіотичної терапії PRO/PRE BIOTIC 2019.**

Конференція про корисні мікроорганізми PRO/PRE BIOTIC 2019 вперше в Україні зібрала в одному залі іноземних спеціалістів, лікарів-практиків та експертів МОЗ України з метою висвітлення останніх наукових результатів щодо ролі про- та пребіотичної терапії для підтримки здоров'я людей і можливостей використання пре- та пробіотиків у різних сферах життя сучасної людини.

Захід став корисним для широкого кола спеціалістів, особливо для лікарів-практиків, аудиторія яких нараховувала понад 300 фахівців з різних куточків України. До участі в конференції долучилися сімейні лікарі/терапевти, імунологи, гастроентерологи, алергологи, дієтологи, акушери-гінекологи, педіатри, пульмонологи тощо.

Під час конференції з доповідями і майстер-класами виступили відомі вітчизняні та зарубіжні фахівці, які працюють у таких галузях, як гінекологія, алергологія, гастроентерологія, імунологія, нутриціологія та ін. Вони представили широкому загалу власні напрацювання та кращі світові досягнення у відповідних сферах, нові діагностичні методики і стратегії лікування, які базуються на використанні альтернативних підходів, а саме: застосуванні біопрепаратів у гінекологічній практиці, лікуванні серцево-судинних захворювань, психосоматичних порушень, кишкових та імунних патологій та ін.

Слухачі мали змогу не лише ознайомитися з найсучаснішими науковими дослідженнями, а й отримати практичні рекомендації. PRO/PRE BIOTIC 2019 став платформою для обговорення нових ініціатив та практик із застосування корисних бактерій у харчових продуктах і медицині.



**Основні акценти на конференції було зроблено на таких питаннях:**

- особливості ефективності про- та пребіотиків у практиці лікаря;
- перешкоди у використанні біопрепаратів (адже часто невикористання біопрепаратів пов'язане з недостатнім розумінням ролі порушень мікробіому в етіології захворювань);
- недоцільність призначення про- та пребіотиків, так само як і антибіотиків — не у відповідності до нозології;
- поняття «кишкового мозку» людини;
- зв'язок мікробіому з мозком людини.

**Запрошуємо всіх зацікавлених взяти участь у конференції PRO/PRE BIOTIC у 2020 році!**

Тел.: +38 (044) 469 11 40 [www.prostirua.com](http://www.prostirua.com)

# КАЛЕНДАР МЕДИЧНИХ ЗАХОДІВ

# 2019

Місяць	Дата	Місто	Захід
КВІТЕНЬ	2–3	Дніпро	Науково-практична конференція «Сучасні питання алергології»
	4–5	Київ	XXI Національна школа гастроентерологів, гепатологів України
	4–5	Київ	Науково-практична конференція «Актуальні питання невідкладної кардіології»
	9–11	Львів	Львівський медичний форум
	17–19	Київ	Міжнародний медичний форум
	17	Харків	Профілактика, діагностика та лікування в практиці сімейного лікаря
	19	Ужгород	Науково-практична конференція «Психосоматична медицина: наука і практика»
ТРАВЕНЬ	16–17	Київ	Науково-практична конференція «Актуальні питання дитячої гепатології»
	16–17	Дніпро	Науково-практична конференція «Актуальні питання внутрішньої медицини»
	16–17	Київ	IX Науково-практична конференція Асоціації аритмологів України
	17	Київ	Всесвітній день запальних захворювань кишечника 2019 в Україні
	24	Чернівці	Національний конгрес «Людина та ліки»
	29–31	Київ	Науково-практична конференція «Медико-соціальні аспекти артеріальної гіпертензії в Україні»
ЧЕРВЕНЬ	6–7	Львів	Первинна медична допомога в ракурсі світових практик
	20–21	Дніпро	VII наукова сесія Інституту гастроентерології НАМН України «Новітні технології в теоретичній та клінічній гастроентерології»
ВЕРЕСЕНЬ	11–13	Дніпро	Національний конгрес «Людина та ліки»
	25–27	Київ	Конгрес кардіологів
	дата уточнюється	Львів	Сидельниковські читання (Всеукраїнська науково-практична конференція «Актуальні питання педіатрії»)



Місяць	Дата	Місто	Захід
ЖОВТЕНЬ	1–3	Київ	Міжнародна медична виставка «PUBLIC HEALTH 2019»
	4–5	Одеса	Національний конгрес «Людина та ліки»
	8–10	Київ	Міжнародний конгрес педіатрів України «Актуальні питання педіатрії»
	9	Київ	Науково-практична конференція «Актуальні питання клінічної інфектології. Медицина подорожей»
	11	Київ	Науково-практична конференція «Тромбопрофілактика в Україні. Сучасні світові тенденції»
	17–18	Київ	II Конгрес «Актуальні проблеми перинатальної неврології»
	31.10 – 1.11	Київ	Науково-практична конференція «Ревматологічні хвороби — сучасні проблеми лікування та забезпечення моніторингу»
ЛИСТОПАД	1	Харків	Науково-практична конференція «Психосоматична медицина: наука і практика»
	1–2	Київ	Науково-практична конференція «Інсулт та серцево-мозкові захворювання»
	7–8	Дніпро	Науково-практична конференція «Поліморбідна патологія органів травлення у практиці сімейного лікаря»
	7–8	Львів	Науково-практична конференція «Сучасна педіатрія з позиції доказової медицини»
	7–8	Запоріжжя	Національний конгрес «Людина та ліки»
	13	Київ	Науково-практична конференція «Новітні досягнення в діагностиці, профілактиці та лікуванні атеросклерозу та ІХС»
	14	Київ	Науково-практична конференція «Актуальні питання загальної та невідкладної хірургії»
	7–8	Київ	Конгрес «Рациональне використання антибіотиків»
	28–29	Харків	Національний конгрес «Людина та ліки»





# Фізіологічні ефекти та можливості клінічного застосування пребіотиків (рослинних харчових волокон)



**Олег ШВЕЦЬ,**  
Президент Асоціації  
дієтологів України,  
кандидат медичних наук, доцент

Харчування сучасної людини значним чином відрізняється від того, що було п'ятдесят, сто або двісті років тому. Якщо порівнювати з раціоном наших далеких прашурів, то вражає значне зменшення (у 15 разів!) рівня споживання харчових волокон – зі 150 грамів до нашої ери до в середньому 10 грамів на добу тепер. Безумовно, на зміни в структурі захворюваності та смертності впливає багато факторів – від імунопрофілактики й антибактеріальної терапії до куріння і небезпеки на дорогах. Але не можна недооцінювати і роль сучасного харчування в домінуванні неінфекційних захворювань – серцево-судинних, діабету та раку. Низький рівень споживання фруктів, овочів, цільних злаків, бобових, горіхів та насіння зумовлює недостатнє надходження харчових волокон і разом з переважним споживанням обробленої їжі, навантаженої сіллю, цукром і жирами, спричиняє 1,5–4% глобального тягаря захворювань [1].

## КЛЮЧОВІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ХАРЧОВИХ ВОЛОКОН ТА ВИЗНАЧЕННЯ ПРЕБІОТИКІВ

Харчові волокна відрізняються від решти харчових речовин тим, що проходять незмінними крізь травний канал завдяки стійкості до дії шлункового соку та ферментів у тонкій кишці, майже не абсорбуючись під час кишкового транзиту.

Останні десятиріччя активно вивчається взаємодія харчових волокон з різними представниками мікробіоти кишечника в нормі та при патологічних станах. Уже з'ясовано, що харчові волокна:

- частково ферментуються кишковими бактеріями;
- селективно впливають на ріст та активність коменсальних бактерій у кишечнику;
- здійснюють позитивний фізіологічний, профілактичний та лікувальний вплив.

Поглиблення знань щодо композиції кишкової мікробіоти

(мікробіому) та особливостей її метаболізму (метаболізму) дало змогу визначити частину механізмів, пов'язаних із взаємними відносинами бактерій, структур кишечника при адекватній присутності харчових волокон та при дефіциті їх у харчуванні.

Гідне захоплення дослідження, виконане вченими з Люксембургу, Франції та США у 2016 році [1], яке пролило світло на те, як коменсальні кишкові бактерії живляться за рахунок харчових волокон за умови адекватної присутності їх у дієті. Зменшення вмісту харчових волокон призводить до того, що бактерії починають перетравлювати слиз, який вкриває слизову оболонку. А значне зменшення шару слизу призводить до комплексних змін, зокрема колонізації слизової оболонки кишковими патогенами, що відображено на рис. 1.

Загальноприйнятним визначенням пребіотиків вважається наведене нижче.

Пребіотики — неперетравлювані харчові речовини, які селективно ферментуються у травному каналі з розвитком специфічних змін композиції та активності мікробіоти з корисними ефектами для всього організму.

В Європейському Союзі з метою інформування споживачів під харчовими волокнами розуміють вуглеводні полімери (природного походження або отримані за допомогою фізичних, ферментативних або хімічних процесів), а також синтетичні полімери, які не підлягають гідролізу під впливом ферментів тонкої кишки людини. Такі вуглеводні полімери повинні мати ступінь полімеризації не менше від трьох мономерних ділянок (European Commission, 2008/100/EC), а також підтвердження фізіологічних ефектів, засноване на загальноприйнятних наукових доказах.

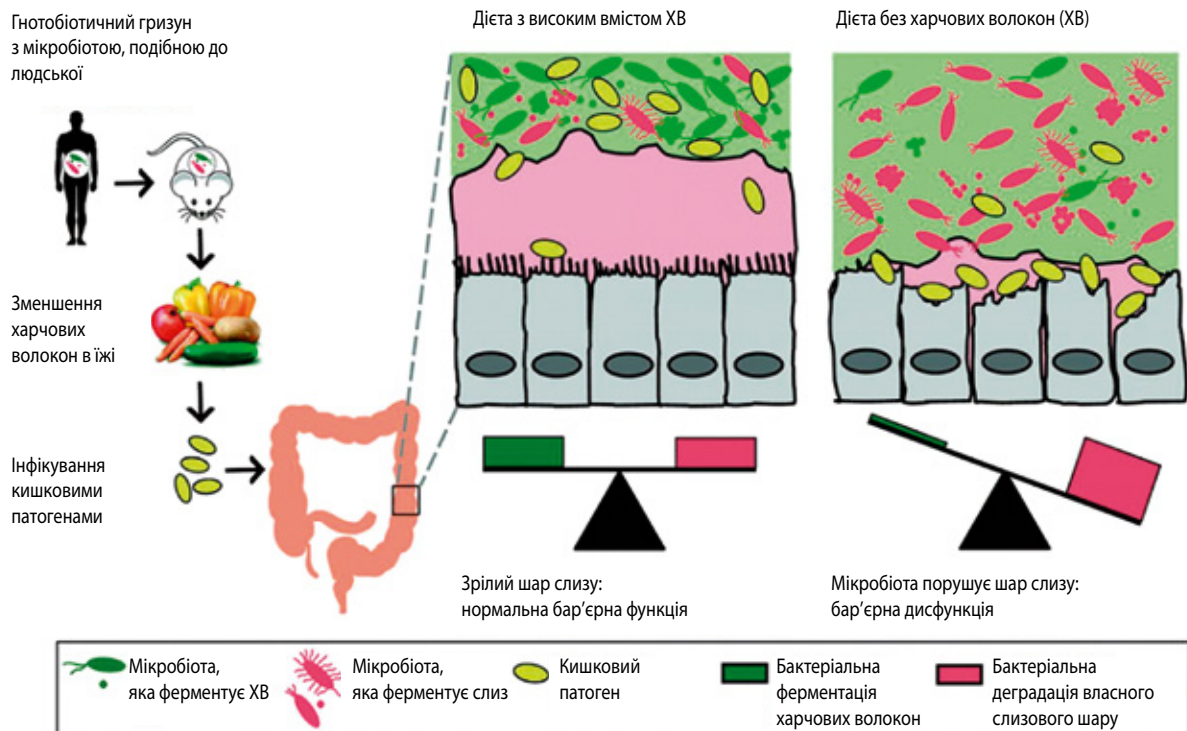


Рис 1. Особливості живлення коменсальних бактерій за нормального вмісту харчових волокон та за їх відсутності в дієті.

Виробники харчових продуктів мають право використовувати на маркуванні такі твердження — «Джерело харчових волокон», якщо продукт містить їх у кількості трьох або більше грамів на 100 г; «Високий вміст харчових волокон», коли їхня кількість становить щонайменше шість грамів на 100 г харчового продукту.

## ОСНОВНІ ХАРЧОВІ ДЖЕРЕЛА ТА РІЗНОВИДИ ХАРЧОВИХ ВОЛОКОН

Природні пребіотики містяться тільки в рослинній їжі. Для отримання фізіологічної норми харчових волокон (14 г/1000 ккал) потрібно вживати щодня 300 г овочів, 300 г фрук-

тів та ягід, 75 г сухих цільних злаків або бобових, дві столові ложки горіхів та насіння.

До харчових волокон з підтвердженою пребіотичною активністю відносяться інулін, фруктоолігосахариди, галактоолігосахариди, олігофруктоза [3]. Їхні основні характеристики та джерела наведені в таблиці 1.

У результаті бактеріальної ферментації пребіотиків утворюється низка важливих речовин, серед яких особливу роль мають коротколанцюгові жирні кислоти (КЛЖК). Останні мають пряму протизапальну дію [4], а також сприяють оптимальній бар'єрній функції кишечника завдяки промоції проліферації та диференціації епітеліальних клітин [5]. Різні дослідження демонструють вплив пребіотиків на місцеву та системну імунну регуляцію, але ці ефекти потребують додаткового вивчення [6,7].

Таблиця 1. Речовини з підтвердженою пребіотичною активністю.

Родова назва	Клас	Основні джерела та виробництво	Ступінь полімеризації	
			Межі	Середня
Інулін різної довжини	Інулінові фруктани (ІФ)	Екстракт цикорію або інші джерела	2–60	12
Інулін (висока молекулярна вага)	ІФ	Фізичне очищення інуліну з цикорію	10–60	25
Фруктоолігосахариди	ІФ	Зазвичай шляхом ензимного синтезу із сукрози	2–9	3,6
Олігофруктоза	ІФ	Шляхом часткового гідролізу інуліну	2–9	4
Галактоолігосахариди	Галактани	Ензимна трансгалактозиляція лактози	2–9	—

У таблиці 2 наведено дані щодо утворення КЛЖК та лактату при бактеріальній ферментації різних пребіотиків.

У контексті надання індивідуальних дієтичних рекомендацій для профілактики та лікування певних захворювань важ-

ливою є інформація про вміст певних пребіотиків у харчових продуктах.

Постачання харчових волокон може суттєво відрізнятися залежно від домінування певних видів рослинної їжі у щоденному харчуванні кожної лю-

дини. Перша трійка продуктів за вмістом фруктанів (інуліну та фруктоолігосахаридів) містить часник, артишок і кукурудзяні пластівці [3].

Овочі, фрукти та злакові постачають різну кількість фруктанів. Відповідну інформацію наведено в таблиці 3.

Найбільш відома класифікація харчових волокон базується на здатності розчинюватись у воді. Джерелом розчинних волокон є фрукти, ягоди, овес, ячмінь та бобові. Нерозчинні харчові волокна походять зі злакових висівків — пшеничних, житніх та інших. Багато овочів і фруктів містять змішані волокна, частково розчинні у воді. Окрему категорію складають неперетравлювані олігосахариди.

За даними European Food Safety Agency, фізіологічний вплив різних пребіотиків суттєво відрізняється залежно від їхньої здатності розчинюватись у воді та піддаватись ферментації комєнсальними бактеріями в кишечнику [3]. Нижченаведена таблиця містить дані про вивчені фізіологічні ефекти певних пребіотичних харчових волокон.

**Таблиця 2. Ферментація пребіотиків окремими групами комєнсальних бактерій.**

Пребіотики	Група бактерій	Кінцеві продукти ферментації — КЛЖК та лактат
Фруктани (інулін, олігофруктоза)	<i>Bifidobacteria</i> <i>Lactobacilli</i> <i>Bacteroides</i>	Ацетат, лактат Лактат Пропіонат
Фруктоолігосахариди, галактоолігосахариди	<i>Bifidobacteria</i>	Ацетат, лактат

**Таблиця 3. Вміст фруктоолігосахаридів та інуліну в деяких овочах, фруктах, ягодах та злаках.**

Фрукти та ягоди	мг/100 г	Овочі	мг/100 г	Злакові продукти	мг/100 г
Грейпфрут	230	Артишок	1200	Кукурудзяні пластівці	1070
Диня	210	Буряк	400	Кускус	730
Нектарин	210	Часник	17400	Житній хліб	1050
Персик	400	Брюсельська капуста	270	Білий хліб	680
Кавун	320	Шпинат	140	Макарони	320

**Таблиця 4. Фізіологічні ефекти різних харчових волокон.**

Ефект	Розчинні	Нерозчинні	Змішані	Неперетравлювані олігосахариди
Швидкість шлункової евакуації	Незначна	Не впливають	Немає даних	Немає даних
Крива абсорбції глюкози	Стабілізація	Немає даних	Немає даних	Немає даних
Ферментація у товстій кишці	Більшою мірою	Значна	Варіює	Практично повна
Вплив на моторику кишки	+	++	+	+
Вплив на кількість холестерину у крові	Зменшення	Немає ефекту	Варіює	Зменшення



## МОЖЛИВОСТІ ПОПЕРЕДЖЕННЯ І ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ПРЕБІОТИКІВ

Перспективи застосування пребіотиків для лікування та попередження захворювань обумовлені високим потенціалом їхніх корисних ефектів завдяки взаємодії з кишковою мікробіотою та внаслідок впливу на місцеві і системні імунні механізми. Водночас пребіотичні препарати майже не викликають побічних ефектів при застосуванні [8]. Пребіотики і пробіотики можуть бути об'єднані одним поняттям — синбіотики. В такому разі ефекти двох компонентів повинні бути синергічними. Ферментація пребіотика може стимулювати зростання пробіотичного мікроорганізму, і / або пребіотик може підтримувати більш сприятливе середовище в кишечнику, забезпечуючи кращу конкурентоспроможність пробіотика.

Харчові волокна є ключовим субстратом для росту коменсальних бактерій, зокрема, біфідобактерій. Вони також оптимізують абсорбцію важливих нутрієнтів.

Бактерії ободової кишки, ферментуючи пребіотики, утворюють КЛЖК — ацетат, пропіонат, бутират, які забезпечують живлення колоноцитів, знижують рН та мають прямий протизапальний ефект.

КЛЖК також позитивно впливають на функціональний стан кишкового епітелію, регулюючи проліферацію та диференціацію клітин. Низка досліджень підтверджує прямий вплив пребіотиків на місцевий та системний імунітет, а також десенсибілізуючий ефект [7].

Харчові волокна є ключовим субстратом для росту коменсальних бактерій, зокрема, біфідобактерій. Вони також оптимізують абсорбцію важливих нутрієнтів.

Пребіотики рекомендовано як пріоритетний вибір у лікуванні функціональних запорів [9]. Проведені дослідження демонструють, що комплекси галактоолігосахаридів сприяють зменшенню

основних симптомів СПК — здуття і флатуленції, збільшенню частоти випорожнень та поліпшенню їхньої консистенції через 12 тижнів прийому [10].

В епідеміологічних дослідженнях встановлено, що ризик раку ободової кишки зменшується при збільшенні споживання харчових волокон. Останні дані, отримані в ході дослідження EPIC (Murphy et al., 2012), підтвердили, що загальна кількість харчових волокон у дієті має зворотну асоціацію з ризиком колоректального раку.

Завдяки власній в'язкості та гелеутворюючим властивостям розчинні харчові волокна уповільнюють транзит по травному каналу, подовжують стан насичення, покращують чутливість тканин до інсуліну та стабілізують рівень глюкози (Wanders et al., 2013).

Вони також стимулюють продукцію анорексигенних пептидів (глюкагон-подібний пептид, пептид YY та інші в ентероцитах), що приводить до зменшення прийомів їжі.

В окремих дослідженнях продемонстровано також вплив пребіотиків на зменшення глюко-неогенезу у печінці. Застосування олігосахаридів у пацієнтів з гіперхолестеринемією сприяє зниженню рівня холестерину завдяки зв'язуванню жовчних кислот. Крім того, зменшується ліпогенез у печінці внаслідок зменшення кількості інсуліну в крові.

Численні метаболічні, протизапальні, імуномодулюючі механізми роблять пребіотичні харчові волокна потенційно найкращими харчовими речовинами з огляду на можливості попередження небезпечних захворювань. У таблиці 5 узагальнено профілактичні ефекти харчових волокон.

**Таблиця 5. Сумарні профілактичні ефекти пребіотиків.**

Стимуляція перистальтики кишечника	Стимуляція місцевої та системної імунної функції
Зменшення часу товстокишечного транзиту	Зменшення кількості загального холестерину за рахунок ЛПНЩ
Збільшення активності товстокишечних ферментів/ утворення КЛЖК	Зниження постпрандіальної глікемії/ інсулінемії
Стимуляція росту мікробіоти у товстому кишечнику	Зниження артеріального тиску
Покращення абсорбції ряду мінералів (Ca, Mg, Fe)	Зменшення зайвої ваги, підвищення відчуття насичення
Зменшення ризику товстокишечного раку та інших злоякісних пухлин	Зменшення смертності від усіх причин

## САПЛЕМЕНТАЦІЯ – ДОДАТКОВЕ ВЖИВАННЯ ПРЕБІОТИЧНИХ ХАРЧОВИХ ВОЛОКОН

Як уже було зазначено вище, сучасне харчування характеризується критично низьким рівнем споживання харчових волокон у складі рослинної їжі в кількості близько 10 г на день. Це становить лише третину від рекомендованої норми, дотримання якої допомагає реалізувати корисні ефекти пребіотиків та зменшити ризик небезпечних захворювань.

До останніх передусім відносять неінфекційні хвороби: серцево-судинні захворювання, цукровий діабет та злоякісні новоутворення. Споживання адекватної за калорійністю здорової їжі суттєво зменшує ризики кардіометаболічної патології. Ядром профілактичної дії збалансованого харчування є пребіотичні харчові волокна.

Вживання дієтичних добавок та спеціальних харчових продуктів із вмістом різних типів пребіотиків дає можливість частково компенсувати недостатнє споживання природних харчових волокон у складі рослинної їжі. Таким чином вдається підвищити здатність мікробіому кишечника підтримувати всі види обміну речовин в організмі та всі функції шлунково-кишкового тракту (моторну, секреторну, всмоктувальну, екскреторну, імунну). На цьому фоні покращується стан шкіри, нормалізується рівень ліпідів і холестерину, знижується апетит.

Серед достатньо широкого вибору додаткових джерел пребіотиків вважаємо необхідним

зупинитися на єдиному високомолекулярному інуліні в Україні — ІНУЛІН-НУТРІМЕД®. Його висока ефективність обумовлена сучасною технологією виробництва та клінічно підтверджена щодо таких важливих ефектів, як нормалізація ліпідного профілю та маси тіла, оптимізація рівня глікемії [11, 12].

ІНУЛІН-НУТРІМЕД® сприяє зменшенню всмоктування жирів із шлунково-кишкового тракту та їхнього синтезу в печінці, збільшенню розщеплення тригліцеридів у м'язах, зменшенню виробництва ендogenous холестерину і посиленню його виведення через кишечник [13, 14].

ІНУЛІН-НУТРІМЕД®  
сприяє травленню і нормалізації функціонування товстого кишечника, покращує склад кишкової мікрофлори, приводить до зниження ваги.

Застосування препарату ІНУЛІН-НУТРІМЕД® сприяє зменшенню рівня глюкози в крові за рахунок зменшення її всмоктуваності в кишечнику і прискоренню проходження їжі через шлунково-кишковий тракт. Стимулює вироблення інкретинів — кишкових гормонів, що відповідають за відчуття насичення і сприяють виробленню інсуліну підшлунковою залозою [14].

ІНУЛІН-НУТРІМЕД® зменшує апетит за рахунок пригнічення синтезу «гормону голоду» — греліну, а також завдяки стимуляції секреції пептиду YY. Пептид YY стимулює нервові клітини, що відповідають за насичення, і

гальмує нейрони, які стимулюють апетит [15].

## КІЛЬКА ВАЖЛИВИХ ВИСНОВКІВ НА ЗАВЕРШЕННЯ

Вміст харчових волокон (пребіотиків) у складі кожного продукту та загалом у щоденному харчуванні є чи не головною характеристикою корисної їжі та здорового харчування.

Наявні переконливі докази щодо численних корисних, профілактичних та лікувальних ефектів від застосування пребіотиків разом з їхньою майже абсолютною безпечністю.

Здорове збалансоване харчування передбачає споживання щонайменше 14 грамів харчових волокон на кожні 1000 ккал. Завдяки цьому можливе суттєве зменшення ризику серцево-судинних захворювань, діабету, раку, функціональних та органічних розладів травної системи.

І здоровим, і хворим людям слід рекомендувати збільшувати споживання рослинної їжі, яка має становити 75% щоденного набору харчових продуктів.

Вживання додаткової кількості харчових волокон у складі дієтичних добавок та спеціальних харчових продуктів частково компенсує дефіцит цих важливих речовин. Одним з найкращих препаратів вибору для саплементації є високомолекулярний ІНУЛІН-НУТРІМЕД®, що сприяє травленню і нормалізації функціонування товстого кишечника, покращує та стабілізує склад кишкової мікрофлори, а також завдяки нормалізації ліпідного та вуглеводного обмінів і зменшенню апетиту приводить до зниження ваги.

*Список літератури  
знаходиться в редакції.*



# ІНУЛІН-НУТРИМЕД®

ОРИГІНАЛЬНИЙ ПРЕБІОТИК ДЛЯ РЕГУЛЯЦІЇ РОБОТИ  
КИШКІВНИКА ТА КОНТРОЛЮ МЕТАБОЛІЧНИХ ПРОЦЕСІВ

- НОРМАЛІЗУЄ РОБОТУ ТОВСТОГО КИШКІВНИКА
- ПОКРАЩУЄ І СТАБІЛІЗУЄ СКЛАД МІКРОФЛОРИ
- МЕТАБОЛІЗУЄТЬСЯ ДО КОРОТКОЛАНЦЮГОВИХ ЖИРНИХ КИСЛОТ
- ПОКРАЩУЄ ПОКАЗНИКИ ВУГЛЕВОДНОГО ТА ЛІПІДНОГО ОБІМІНІВ

ЄДИНИЙ ВИСОКОМОЛЕКУЛЯРНИЙ ІНУЛІН НА РИНКУ УКРАЇНИ  
ВИРОБЛЯЄТЬСЯ ЗА ОРИГІНАЛЬНОЮ ПАТЕНТОВАННОЮ ТЕХНОЛОГІЄЮ



**Склад:** 1 капсула містить: активний інгредієнт: **екстракт цикорію (Cichorium intybus) – 500 мг (mg)** ;  
оболонка капсули: желатин.

## КОРОТКА ІНСТРУКЦІЯ ЗАСТОСУВАННЯ НАТУРАЛЬНОГО КОМПЛЕКСУ ІНУЛІН-НУТРИМЕД®

**ІНУЛІН-НУТРИМЕД®** - додаткове джерело природного інуліну. В якості пребіотики **ІНУЛІН-НУТРИМЕД®** сприяє травленню та нормалізації функціонування товстого кишківника, покращує і стабілізує склад кишкової мікрофлори, зокрема щодо біфідобактерій.

**ІНУЛІН-НУТРИМЕД®** знижує рівень глюкози у крові, нормалізує показники вуглеводного та ліпідного обмінів, запобігає виникненню судинних ускладнень при цукровому діабеті 2-го типу та метаболічному синдромі. Завдяки нормалізації ліпідного та вуглеводного обмінів, призводить до зниження ваги у осіб що контролюють масу тіла. Сприяє засвоєнню кальцію організмом.

ВИГОТОВЛЕНО У ВІДПОВІДНОСТІ ДО МІЖНАРОДНИХ СТАНДАРТІВ ISO/НАССР

ТОВ Нутримед ■ вул. Предславинська, 43/2 ■ 03150 Київ ■ Україна  
Т 044 4540101 ■ INFO@NUTRIMED.UA ■ WWW.NUTRIMED.UA





# Внебольничная пневмония: в поисках идеального антибиотика

Одна из самых актуальных проблем современной медицины – внебольничная пневмония (ВБП) – полна неожиданностей и парадоксов. Казалось бы, хорошо изучены этиология и патогенез, проводится современная антибактериальная терапия (АБТ), однако наблюдается неуклонный рост распространенности ВБП, увеличение количества пациентов с тяжелым течением заболевания, сохраняется тенденция к росту смертности (D. Toledo и соавт., 2018). Такая неоднозначная ситуация, вероятно, объясняется изменением спектра возбудителей, появлением антибиотикорезистентных (АБР) штаммов патогенов, нерациональной АБТ, игнорированием новых высокоактивных АБП.

## ЛЕВОФЛОКСАЦИН – ФТОРХИНОЛОН ПРИЦЕЛЬНОГО ПОПАДАНИЯ

На протяжении последних нескольких лет все чаще применяются респираторные фторхинолоны (лево-, мокси-, гатифлоксацин). Они заняли достаточно прочные позиции в лечении ВБП по всему миру, обосновав возможность и целесообразность своего применения согласно действующим принципам доказательной медицины. Такой успех обусловлен широким спектром действия — фторхинолоны III–IV поколений потенциально

активны по отношению к наиболее распространенным возбудителям: грамотрицательным, грамположительным микроорганизмам, а также некоторым внутриклеточным патогенам и анаэробам. Другим преимуществом

В настоящее время среди всех респираторных фторхинолонов в лечении ВБП наиболее часто используется левофлоксацин.



респираторных фторхинолонов является стабильность показателей АБР — восприимчивость *S. pneumoniae* и других наиболее распространенных патогенов ВБП к ним остается неизменной уже на протяжении нескольких десятилетий (А. Н. Цой и соавт., 2003). Немаловажной особенностью фторхинолонов являются их выгодные фармакокинетические свойства, позволяющие применять эти АБП всего 1 раз/сут, при необходимости — 2 раз/сут. Наличие парентеральной и пероральной форм выпуска делает возможным включение фторхинолонов в схемы ступенчатой терапии.

В настоящее время среди всех респираторных фторхинолонов в лечении ВБП наиболее часто используется левофлоксацин. Левофлоксацин — фторхинолон прицельного попадания для лечения ВБП: он обладает высочайшей биодоступностью (99%, т. е. левофлоксацин практически полностью всасывается в тонком кишечнике) и длительным периодом полувыведения (6–8 часов), что позволяет рекомендовать од-



### КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациентка Я., 65 лет, обратилась к семейному врачу с жалобами на резко выраженную слабость, повышение температуры до 38,7°C, сильный кашель с отхождением незначительного количества гнойной мокроты, появление умеренно выраженной одышки при подъеме по лестнице.

Максимальная концентрация левофлоксацина в слизистой бронхов, бронхиальном эпителии, ткани легких после перорального приема развивается всего спустя 4–6 часов после перорального приема, в моче – в течение 8–12 часов.

нократный режим его введения в течение суток. Левофлоксацин не дает патогенам ни малейшего шанса на выживание: на поверхности эпителия нижних дыхательных путей этот АБП накапливается в такой большой концентрации, которая в 12 раз превышает минимальную ингибирующую концентрацию для *S. pneumoniae* (А. Н. Цой и соавт., 2003). Кроме того, левофлоксацин высокоактивен в отношении возбудителей инфекционных заболеваний мочевыводящих путей — *Escherichia coli*. Максимальная концентрация левофлоксацина в слизистой бронхов, бронхиальном эпителии, ткани легких после перорального приема развивается всего спустя 4–6 часов после перорального приема, в моче — в течение 8–12 часов.

Представляем вашему вниманию клинический случай, в котором именно эта особенность — наличие противомикробного действия в отношении респираторных и урологических возбудителей — позволила спасти жизнь пациентке.

Считает себя больной на протяжении 2 дней, когда внезапно повысилась температура и появился надсадный кашель. Больная пыталась лечиться самостоятельно, использовала парацетамол и лазолван без значимого клинического эффекта. Обеспокоенная неблагоприятными изменениями в состоянии своего здоровья, пациентка обратилась за медицинской помощью. На протяжении 15 лет страдает сахарным диабетом (СД) 2-го типа, уровень гликемии контролирует при помощи диеты и приема перорального гипогликемического препарата (метформин 1000 мг — 2 раз/сут). В течение прошедших суток уровень гликемии натощак составил 9,2 ммоль/л, после

еды — 14,7 ммоль/л. Результаты рутинных клинических анализов крови и мочи, выполненные пациенткой в частной лаборатории по собственному желанию перед визитом к врачу, зафиксировали выраженный лейкоцитоз ( $18 \times 10^9/\text{л}$ ) со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, повышение СОЭ до 18 мм/час, пиурию (10–17 лейкоцитов в поле зрения), следы белка. Благодаря использованию результатов амбулаторного обследования пациентки 5-дневной давности, выполненного по рекомендации эндокринолога, удалось рассчитать скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле СКД-EPI: она составила 100 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>.

При объективном осмотре — сознание сохранено, отмечено притупление легочного звука в нижнебазальных отделах правого легкого, ослабление везикулярного дыхания и единичные мелкопузырчатые хрипы в этой же области. При измерении артериального давления зафиксированы нормальные значения — 120/75 мм рт. ст., частота дыхательных движений — 28 в 1 минуту, частота сердечных сокращений — 92 удара в 1 минуту. Заподозрена правосторонняя ВБП. Подсчет количества баллов по шкале CRB-65 позволил расценить состояние пациентки как среднетяжелое с вероятностью летального исхода 8,15%. В ходе рентгенологического исследования обнаружены очагово-инфильтративные изменения в нижней доле правого легкого.

На основании жалоб и результатов лабораторно-инструмен-

тального обследования диагностированы правосторонняя нижнедолевая пневмония, обострение хронической болезни почек, спровоцированной СД 2-го типа (хронический пиелонефрит), констатирована недостаточная компенсация уровня гликемии. С учетом вышеперечисленных факторов пациентка отнесена к III клинической группе, ей настоятельно рекомендована госпитализация в терапевтическое/пульмонологическое отделение стационара, от которой пациентка категорически отказалась по семейным обстоятельствам.

Согласно действующему Унифицированному протоколу по лечению взрослых больных ВБП (2016), пациентам III клинической группы должна быть назначена комбинированная парентеральная терапия с использованием защищенного аминопенициллина/цефалоспорины III поколения в сочетании с макролидом. При недостаточной эффективности/невозможности приема указанной комбинации предполагается в/в назначение респираторного фторхинолона III–IV поколения в сочетании с пероральным приемом макролида.

Учитывая неоднократные категорические отказы пациентки от госпитализации и в/в введения АБП в домашних условиях, некоторое снижение СКФ, мы были вынуждены назначить больной пероральный левофлоксацин

Новокс – оптимальный препарат для проведения АБТ у больных с сопутствующей патологией, в частности – СД 2-го типа.

(Новокс®-750), несколько уменьшив стандартную дозу, используемую для лечения ВБП (1000 мг/сут), до 750 мг/сут, сохранив режим приема — 1 раз/сутки. Согласно действующим рекомендациям, терапию левофлоксацином дополнили азитромицином. Учитывая характерологические особенности пациентки, семейный врач настоял на приеме первой дозы приобретенного АБП Новокс®-750 в его присутствии (больная обещала купить макролид несколько позже). Помимо указанных препаратов, схему лечения дополнили рекомендации

по интенсивной пероральной дезинтоксикации, муколитик, жаропонижающие и противовоспалительные средства, пробиотик; увеличена суточная доза метформина. Спустя 3 дня в телефонном режиме пациентка сообщила об улучшении самочувствия, нормализации температуры в пределах 37°C, отделении незначительного количества светлой слизистой мокроты. В связи с выраженной положительной динамикой принято решение о продолжении приема Новокса-750 еще на протяжении 10 дней. На 14-й день от начала заболевания пациентка явилась на контрольный визит, в ходе которого выполнены лабораторно-инструментальные исследования: констатированы нормализация показателей клинического анализа крови, мочи и разрешение патологического процесса в легких. После чего больная сообщила, что отказалась от приема макролида и в качестве АБП использовала только левофлоксацин (Новокс®-750).

**PS.** Самовольное нарушение режима АБТ, пренебрежение к стандартам оказания медицинской помощи могли бы негативно сказаться на результатах лечения. Ведь согласно статистическим данным, летальность от ВБП у больных СД, получающих адекватную АБТ, составляет 15–30%.

На наш взгляд, волшебным «зонтиком», уберегшим пациентку от возможных неблагоприятных исходов, стало назначение идеального АБП — левофлоксацина (Новокс®-750) в сочетании с его ранним приемом (в течение первых 8 часов после диагностики ВБП), что позволило снизить вероятность летального исхода, купировать воспаление в легких и почках. Новокс® — оптимальный препарат для проведения АБТ у больных с сопутствующей патологией, в частности — СД 2-го типа.

### Список использованной литературы

Diana Toledo. Factors associated with 30-day readmission after hospitalisation for community-acquired pneumonia in older patients: a cross-sectional study in seven Spanish regions. *BMJ Open*. 2018; 8(3): e020243. Published online 2018 Mar 30. doi: 10.1136/bmjopen-2017-020243

[https://www.rmj.ru/articles/pulmonologiya/Mesto\\_levofloksacina\\_v\\_farmakoterapii\\_vnebolynichnoy\\_pnevmonii/](https://www.rmj.ru/articles/pulmonologiya/Mesto_levofloksacina_v_farmakoterapii_vnebolynichnoy_pnevmonii/). Цой А. Н.

Унифицированный протокол по лечению взрослых больных ВБП. 2016.





НОВОКС®-500

НОВОКС®-750

NOVOX®

## ФТОРХІНОЛОН ПРИЦІЛЬНОГО ВЛУЧЕННЯ!



- **хронічний бактеріальний простатит**
- **ускладнені та неускладнені інфекції сечовивідних шляхів (у тому числі пієлонефрит)**
- **інфекції шкіри та м'яких тканин**
- **септицемія/бактеріємія**
- **інтраабдомінальні інфекції<sup>1</sup>**
- **гострий синусит**
- **загострення хронічного бронхіту**
- **негоспітальна пневмонія**

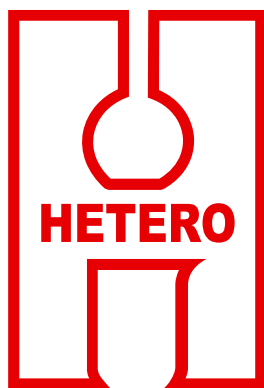
**Склад:** діюча речовина: левофлоксацин; 1 таблетка містить левофлоксацину гемігідрату еквівалентно левофлоксацину 500 мг або 750 мг; Фармакотерапевтична група. Антибактеріальні засоби для системного застосування. Фторхінолони. Код АТС J01M A12.  
**Показання.** Інфекції, спричинені чутливими до препарату мікроорганізмами: – ускладнені та неускладнені інфекції сечовивідних шляхів (у тому числі пієлонефрит); – інфекції шкіри та м'яких тканин; – хронічний бактеріальний простатит; – септицемія/бактеріємія; – інтраабдомінальні інфекції; – гострий синусит; – загострення хронічного бронхіту; – негоспітальна пневмонія. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до левофлоксацину, інших фторхінолонів або до будь-якого інгредієнта препарату. Епілепсія. Ушкодження сухожилля, пов'язане з прийомом фторхінолонів. Спосіб застосування та дози. Препарат приймають 1-2 рази на добу. **Побічні реакції.** Алергічні реакції: іноді – свербіж, висипи; рідко – кропив'янка, бронхоспазм/задишка; нудота, діарея. Іншими небажаними ефектами, які асоціювалися із введенням фторхінолонів, можуть бути екстрапірамідні симптоми та інші розлади м'язової системи, алергічний васкуліт, напади порфірії у пацієнтів, хворих на порфірію, та інші. **Упаковка.** По 5 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній упаковці. **Категорія відпуску.** За рецептом.

1. Ю. В. Давыдова, А. Ю. Лиманская "Эффективность применения левофлоксацина в современной клинической практике", "Здоровье женщины" № 8 (104), 2015 г.

ІНФОРМАЦІЯ ДЛЯ РОЗПОВСЮДЖЕННЯ НА СЕМІНАРАХ, КОНФЕРЕНЦІЯХ, СИМПОЗІУМАХ З МЕДИЧНОЇ ТЕМАТИКИ  
ТА ДЛЯ РОЗМІЩЕННЯ У СПЕЦІАЛІЗОВАНИХ ВИДАННЯХ, ПРИЗНАЧЕНИХ ДЛЯ МЕДИЧНИХ УСТАНОВ ТА ЛІКАРІВ

ТОВ "Органосін" | м. Київ, 04112, Україна, вул. Сікорського, 8 | тел/факс +38(044) 456 99 33

 **Organosyn**



# НЕТЕРО

## ЦЕЛИ, ОСНОВАННЫЕ НА ИСТИННЫХ ЦЕННОСТЯХ, ВЕДУТ К УСПЕХУ!



Недавно отметившая свой 25-летний юбилей компания Hetero – мировой лидер в производстве генериков и антиретровирусных препаратов – уже 6 лет как представлена на украинском фармрынке. О секретах успеха корпорации, ее целях и ценностях, перспективах развития в нашей стране в своем интервью редакции УВ рассказал глава представительства «Hetero Limited» в Украине Р. Прасад Сайлеш.

**УВ:** Господин Сайлеш, компания Hetero принадлежит к числу признанных лидеров мировой фармацевтической отрасли. В чем основные секреты такого успеха?

**П. С.:** Компания Hetero была основана в Индии в 1993 году известным ученым Б. Партхасарадхи Редди и всегда отличалась повышенным вниманием к науке. Компания Hetero постоянно инвестирует в свое развитие, новые исследования и разработки. Наши достижения базируются на четырех китах: знания, качество, динамизм, ответственность. Именно это помогло компании Hetero заслужить отличную репутацию и доверие во всем мире. Высокое качество нашей продукции подтверждено сертификатами международных регуляторных органов — FDA (США), EU GMP, MHRA (Великобритания), PMDA (Япония), TGA (Австралия) и других.

**УВ:** Каковы основные направления деятельности компании?

**П. С.:** Производство жизненно важных препаратов для лечения ВИЧ, гепатита, туберкулеза, онкологиче-

ских и других заболеваний. Мы обеспечиваем 40% мировых поставок препаратов для лечения ВИЧ/СПИДа, а в Украине наши препараты через госпрограммы и пациентские организации получает каждый ВИЧ-инфицированный пациент, что значительно улучшает качество жизни таких людей.

**УВ:** Каковы перспективы развития компании в Украине?

**П. С.:** Помимо препаратов для терапии ВИЧ/СПИДа, здесь весьма востребованы препараты против «тихого убийцы» — гепатита С.

В наших планах также ряд препаратов биологической группы для таргетной терапии в онкологии.

**УВ:** Hetero позиционирует себя как социально ответственная компания...

**П. С.:** Hetero является инициатором различных социальных проектов. Являясь одной из ведущих частных фармкомпаний Индии, компания Hetero в рамках существующих социальных проектов прокладывала коммуникации для обеспечения питьевой водой ряда населённых пунктов в странах Юго-Восточной Азии и Индии, а также обеспечила некоторые социальные учреждения (школы, больницы) солнечными батареями. Компания много занимается медико-просветительской работой среди населения в разных странах, в том числе и в Украине.



**Главный секрет успеха Hetero — способствовать сохранению здоровья**





# НЕТЕРО ДОСТУПНЫЕ ИННОВАЦИИ



Hetero – одна из самых известных в Индии компаний, которая продолжает стремительно развиваться. Показатели деятельности компании впечатляют. Представительства более чем в 126 странах на всех континентах, 36 современных производственных мощностей, более 22 тыс. сотрудников по всему миру, более тысячи ученых, осуществляющих новаторские разработки, свыше 300 препаратов в портфолио.

**Н**etero — мировой лидер с доказанными возможностями в разработке и производстве лекарственных средств для лечения ВИЧ-инфекции (активные фармацевтические ингредиенты (АФИ) и готовые лекарственные формы). Компания присоединилась к глобальной стратегии ВОЗ и внесла свой вклад в лечение больных ВИЧ/СПИД. Сегодня в портфолио компании свыше 30 комбинированных антиретровирусных препаратов (АРВ-препаратов), которые используют для лечения свыше 4,3 млн больных ВИЧ/СПИД во всем мире.

В 2005 году компания Hetero стала первой компанией по производству жизненно важного препарата Oseltamivir для лечения птичьего и свиного гриппа. В 2014 году в рамках лицензионного соглашения выпущен блокбастер для лечения гепатита С — Sofosbuvir, который стал доступным в продаже в Украине в 2019 году, а также первый биосимуляр Darbapoetin alfa, и в 2015 — второй биосимуляр Rituximab, а в 2016 —

третий биосимуляр Bevacizumab. Компанией произведен Daclatasvir. Hetero была одной из первых компаний в Индии, запустившей производство комбинированного препарата Ledipasvir + Sofosbuvir, который станет доступным в Украине в 2019 году. Кроме того, компания Hetero выводит на рынок жизненно необходимые генерические препараты для лечения заболеваний в различных терапевтических областях. Продукция компании Hetero соответствует нормативным требованиям регуляторных органов и департаментов охраны здоровья разных стран.

В Украине на сегодняшний день зарегистрированы такие препараты, как Lamivudine, Abacavir, Zidovudine, Nevirapine, Efavirenz, Dolutegravir, Efavirenz+Emtricitabine+Tenofovir, Abacavir+Lamivudine, Lamivudine+Zidovudine, Emtricitabine+Tenofovir.

Одно из приоритетных и новых направлений в Украине в 2019 году — противовирусные препараты: Тенофовира дизопроксила фумарат, Софген (софосбувир), Софген-Л (софосбувир + ледипасвир), Вирдак 60 (даклатасвир), Флукап (озельтамивир), Валацикловир-Гетеро.

Компания Hetero осуществляет контрактное производство АФИ, готовых лекарственных форм, цитотоксических АФИ и инъекционных препаратов. Готовые лекарственные формы, производимые Hetero, представлены твердыми дозированными, жидкими пероральными и инъекционными формами. Компания Hetero предлагает удобную дозировку для комбинированных инъекционных препаратов, ингаляционные системы доставки препаратов.

Компания Hetero ориентирована на разработку качественной, безопасной и эффективной продукции с использованием новейших технологий, соблюдением строгих операционных процедур и требований GMP, и постоянно инвестирует в новые направления исследований, важное место среди которых занимают биосимиляры.

Главной целью своей деятельности компания считает разработку и производство инновационных и жизненно необходимых лекарственных препаратов, проводя постоянную работу над увеличением доступности высококачественных лекарственных (генерических) средств во всем мире.

**и качества жизни, делая доступным лечение тяжелых болезней.**



# OPHTHALMIC HUB 2019

## БЫТЬ АКТУАЛЬНЫМ И БЫТЬ СОВРЕМЕННЫМ!

15–16 марта 2019 года состоялась одна из крупнейших национальных научно-практических конференций в области офтальмологии – Ophthalmic Hub 2019 под руководством главного специалиста МОЗ по специальности «Офтальмология», доктора медицинских наук, профессора Оксаны Витовской. В конференции приняли участие 22 иностранных спикера из разных стран мира – США, Германии, Великобритании, Испании, Швейцарии, Польши и др., а также более тысячи офтальмологов со всей Украины. Программа конференции была масштабной и насыщенной. Современные подходы к терапии глаукомы, сухого глаза, хирургические методы в офтальмологии, разбор исключительных случаев из практики, мастер-классы от лучших специалистов отрасли... На конференцию также были привлечены представители смежных специальностей – челюстные хирурги, пластические хирурги, генетики.

Одним из интереснейших докладов по офтальмологическим осложнениям сахарного диабета стало выступление доктора медицинских наук, руководителя отдела диабетологии ГУ «Институт эндокринологии и обмена веществ им. В. П. Комиссаренко НАМН Украины» Любови Соколовой на тему: «Современный подход к замедлению диабетической ретинопатии при сахарном диабете 2 типа: взгляд эндокринолога». Тема сахарного диабета (СД) и его осложнений, к сожалению, сегодня невероятно актуальна и в Украине, и в мире.

Л. Соколова, показав диабет глазами эндокринолога, подчеркнула, что только совместная работа врачей смежных специальностей позволит улучшить продолжительность и качество жизни пациента с диабетом. Основными «китами» в диагностике и терапии пациента с СД и коморбидной патологией являются оценка таких показателей, как уровень глюкозы, гликозилированного гемоглобина, липидов, контроль артериального давления, однако глазное дно — это «лакмусовая бумажка» микрососудистых поражений во

всем организме, и именно офтальмолог может первым увидеть изменения, а иногда даже установить диагноз сахарного диабета при рутинном обследовании. Но даже контроль всех факторов риска диабетической ретинопатии (ДР) не дает полной остановки процесса, и ДР прогрессирует, что подтверждают многочисленные исследования. Обратившись к современным мировым рекомендациям — Американской диабетической ассоциации и Международной диабетической федерации, Любовь Соколова представила данные двух крупных исследований с высоким уровнем доказательности — FIELD (2007) и ACCORD (2011), которые показали эффективность фенофибрат (Трайкор®) в терапии микрососудистых поражений при СД 2 типа. Так, фенофибрат доказано снижает прогрессирование диабетической ретинопатии на 60% за счет воздействия на патогенез поражения сетчатки — ретинальную экспрессию VEGF-фактора роста сосудов. Кроме этого, отмечался эффект в отношении нефропатии и нейропатии. Фенофибрат снижает количество мелких ампутаций более чем на 50%.



**Оксана Витовская,**

доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный врач Украины, заведующий кафедрой офтальмологии Национального медицинского университета имени А. А. Богомольца. Эксперт МОЗ Украины по специальности «Офтальмология». Автор свыше 180 научных трудов.

Продолжая тему терапии диабетической ретинопатии, профессор Оксана Витовская подчеркнула, что любая терапия, способная замедлить прогрессирование ДР и уменьшить количество лазерной фотокоагуляции (ЛФК), должна быть использована. Каждый специалист, к которому обращается пациент с диабетом, будь то офтальмолог, эндокринолог или семейный врач, должен регулярно контролировать состояние глазного дна и, если диагноз установлен, рекомендовать терапию, которая имеет доказательную



базу и воздействует на патогенез ретинопатии, как можно раньше. Лектор подчеркнула, что фенофибрат доказано снижает общее количество ЛФК у пациентов с СД 2 типа на 31%, то есть треть пациентов избегает тяжелых осложнений со стороны глаз благодаря приему фенофибрата, который является современным стандартом терапии.

**П**рограмма конференции предполагала также возможность ознакомиться с докладами из смежных с медициной сфер, которые так или иначе влияют на деятельность врачей и медицинских учреждений и которые медицинскому сообществу необходимо учитывать в своей деятельности, — медицинское право, веде-

ние финансовой деятельности, организация бизнес-процессов в медицине, имиджология и PR.

Так, адвокат Руслан Совершенный представил увлекательный доклад о финансах в жизни доктора, о том, как быть прибыльным, не нарушая закон. Спикер акцентировал на том, что каждый специалист в медицине может и должен быть обеспеченным, пользуясь современными возможностями и улучшая качество своей работы.



**Руслан Совершенный**, адвокат



**Елена Труш**, директор издательства, консультант по личному бренду

**Н**овые веяния в построении эффективных коммуникаций с пациентами и обществом были отражены в докладе маркетолога, издателя медицинской прессы — топ-журналов «Участковый врач» и «Приватний лікар»

Елены Труш, которая посвятила присутствующих в секреты и методики создания личного бренда врача. Благодаря своему огромному опыту — более 1000 интервью со знаменитостями в области медицины, Елена Труш представила топ лайфхаков в продвижении личного бренда, а также проанализировала более 30 самых распространенных ошибок при формировании личного бренда.

**Н**езаменимым помощником для ориентации во время конференции стал Доктор Офтик, бот на основе Viber & Telegram, через который участники конференции находили залы, задавали вопросы докладчикам онлайн, получали информацию о лекции и лекторе, коммуницировали с другими участниками и т. п.

Опыт проведения Ophthalmic Hub 2019 стал ярким примером организации медицинского мероприятия международного уровня, популяризирующем и демонстрирующем в своей работе высокоинновационные технологии.

# Біотех-платформа «Партнерство заради Майбутнього» — інноваційна ініціатива українського бізнесу

**У 90-і роки минулого століття навряд чи хтось міг би спрогнозувати, що пошук ефективних власників для підприємств призведе до масової втрати виробничих потужностей, що, у свою чергу, матиме прямий негативний вплив на всі рівні системи освіти — від загальноосвітніх шкіл до університетів та науково-дослідних інститутів Національної академії наук України.**

Подивімося з позицій сьогодення: якою має бути модель підприємства, що працює ефективно? Це підприємство, яке не просто здобуло ефективного власника та «доїдає» успадковану ресурсну базу, а інвестує в інновації та розвивається. І тому воно є не лише джерелом сплати податків для фінансування закладів освіти всіх рівнів, а й головним замовником освітніх програм та наукових досліджень.

8—9 лютого 2019 року у Києві на базі фармацевтичної компанії «Юрія-Фарм» відбулась установча зустріч Біотех-платформи «Партнерство заради Майбутнього», яку спільно організували Директорат інновацій і трансферу технологій МОН України, Інститут модернізації змісту освіти МОН України, Мала академія наук України та Центр інновацій «Сходи в Майбутнє». На зустріч було запрошено понад 50 осіб, які представляли середню (гімназії, ліцеї, школи), вищу (університети) та академічну (науково-дослідні інститути НАН і НАМН України) ланки освіти, а також вітчизняний бізнес.

Метою створення Біотех-платформи є підвищення ефективності системи охорони здоров'я шляхом розвитку сприятливої для розкриття інноваційного потенціалу молодого особистості екосистеми у сфері біотехнологій.

Формат платформи — нині один з найбільш поширених та надзвичайно популярних видів бізнес-моделей. Усім відомі Facebook, Uber, Amazon — це платформи, тобто місця, де суб'єкт може бути водночас і споживачем, і постачальником

освітніх та інших послуг, а також інтелектуального продукту.

Біотех-платформа «Партнерство заради Майбутнього» відкриває можливості для учасників усіх рівнів. Для середньої школи — це вирішення проблеми практичного навчання учнів, формування програм конкурсів та участі в них, для вищої школи — забезпечення студентів першим робочим місцем, для академічної — отримання замовлень від бізнесу, для бізнесу — підготовка відповідних кадрів та замовлення потрібних наукових досліджень, які можуть бути впроваджені у виробництво. Платформа також покликана допомогти учасникам отримати правильні орієнтири для складання освітніх програм та визначення напрямів наукових розробок спільними зусиллями освітян, вчених і представників індустрії.

Наразі сформовано попередні проектні напрями діяльності та сформульовано цінності, що поєднують між собою професіоналів із суміжних галузей, які уже самостійно мають підготувати плани своєї діяльності із визначенням ключових показників ефективності на найближчі півроку (до осені 2019 року).

Платформа має відкриту структуру. Долучитися до її діяльності можливо, зв'язавшись із громадською спільнотою «Центр інновацій «Сходи в Майбутнє»» через e-mail [info@uptofuture.org](mailto:info@uptofuture.org) з приміткою «Біотех-платформа».

Координатор проекту — Андрій Мірошніченко (тел.: 067 900 9197).

**Анатолій Якименко**



**В**опрос эффективности построения личного бренда – это не только повод порадоваться росту собственной популярности, но и способ оценить соответствие созданного образа желаемому. Критерии, которые могут быть взяты за основу для построения уникального, запоминающегося, устойчивого бренда с позитивным восприятием обществом, основаны большей частью на идеях Питера Монтойя (специалист по персональному брендингу) и Хьюберта Рамперсада (консультант по проблемам менеджмента, общего управления качеством и поведения работников в организации). Идеологической составляющей любого персонального бренда является равновесное состояние любви: к себе, к окружающим людям и к тому делу, которым вы занимаетесь.

# Личный бренд врача:

# 10

## критериев эффективного брендинга

**Елена Труш,**  
директор  
издательства,  
консультант по  
личному бренду

Без гармоничного развития личности трудно представить себе органичную и целостную модель персонального бренда. Создание и продвижение персонального бренда основано на ваших настоящих, уникальных чертах личности, на вашем характере и личных устремлениях; на энергетике, которая передается другим людям и вызывает у них желание быть сопричастными с тем, что вы создаете. Помните, что «красота – это обещание счастья», а «бренд – это обещание ценности». Люди давно уже не покупают бренды. Люди ПРИСОЕДИНЯЮТСЯ к брендам. Быть таким, чтобы за тобой следовали миллионы, – это задача не для слабых духом. Но она по плечу тем, кто мечтает и делает мир лучше!

1

**ПОДЛИННОСТЬ.**

Будьте собой. Не копируйте никого. Основывайте свой бренд на сильных сторонах вашей личности, на ваших сильных деловых качествах и компетенциях, вашем кругозоре, мировоззрении, характере и ваших ценностях. Помните, что жизнь в публичной плоскости — это не создание маски, с которой вы будете время от времени появляться на публике. Это приведение своего стиля жизни в соответствие с теми ценностями и идеалами, которые вы декларируете в своем образе.

2

**ОРГАНИЧНОСТЬ.**

Создаваемый вами образ не должен противоречить тем моральным устоям и стереотипам, которые накладывает на ваше позиционирование общественное мнение. То есть если вы создаете бренд успешного руководителя клиники, то люди ожидают увидеть в вас делового человека, придерживающегося норм делового общения, определенных нравственных и этических норм, выполнения обязательств перед обществом и отдельными его гражданами. Но быть таким человеком для вас должно быть легко. Вы не сможете создать органичный образ, если имеете непобедимые привычки опаздывать, нарушать данные обещания, быть непорядочным партнером в деловых связях и пр.

УЧАСТКОВЫЙ ВРАЧ

3

**ЦЕЛОСТНОСТЬ.**

Все ваши черты личности, нюансы характера и привычки в идеале должны составлять единый, целостный образ, который будет соответствовать моральному и этическому кодексу. «Личный кодекс» — это свод правил и табу, составленный согласно личным устремлениям и ценностям.

4

**ПОСТОЯНСТВО.**

Один из важнейших критериев, на котором зиждется доверие фолловеров. Бренд всегда соблюдает свои правила,

неукоснительно следует установленным канонам, «держит марку», не подводя своих почитателей. Вы помните о том, что бренд — это обещание? Так вот, бренд для потребителя — это некая стабильная, неизменяемая значимая характеристика (для разных брендов она может быть разной). Например, какой-то бренд неизменно долговечный (как телефоны Nokia), какой-то — всегда инновационный (как автомобили Tesla), какой-то — неизменно превосходного качества (как виски Jack Daniel's), а какой-то — всегда гарантирует наилучшее качество сервиса (как магазины Nordstrom).

5

**ЭКСПЕРТНОСТЬ.**

Сужая свою зону экспертности, легко превзойти других специалистов в своей области и стать мегапопулярным как уникальный профессионал. Концентрация на своем деле, совершенствование своих навыков и умелая их подача фолловерам приводит, как правило, к росту восхищения вашим брендом. Люди любят тех, кто ведет их по неизведанным тропам, открывая новые грани своего мастерства. Вспомните Стивена Хокинга, выдающегося физика и популяризатора науки. Его книги продавались большими тиражами, чем журнал «Плейбой». Вот что значит экспертность и глубочайшие знания в своей области!

УЧАСТКОВЫЙ ВРАЧ

6

**ИНДИВИДУАЛЬНОСТЬ.**

Найдите свою уникальную черту и дайте ей название. Признайте ее, сделайте ее частью своего имиджа, своей выдающейся чертой, по которой вы будете узнаваемы. Вспомните «стоматолога в красной бабочке» (Ярослав Заблоский), «доктора с тростью» (доктор Хаус из одноименного телесериала), доктора Комаровского с его очками и фонендоскопом на шее, Сергея Рыкова с его смокингом и галстуком-бабочкой (врач-офтальмолог, руководитель центра микрохирургии глаза), Эдгара Каминского с его фирменным стилем гламурного врача-бизнесмена и др.

7

**ЗАМЕТНОСТЬ.**

Это не о стиле в одежде или прическе. Это о том, что приносимая вами польза обществу должна быть заметной и значимой, и заявлять о себе нужно постоянно и последовательно, упорно и многократно, чтобы прочно укорениться в сознании целевой аудитории. Быть заметным — это быть на виду, мелькать на разных каналах коммуникации, попадать в поле зрения своего потенциального клиента регулярно.

8

**НАСТОЙЧИВОСТЬ.**

Это качество личности — не сдаваться и идти к цели, иметь терпение дождаться плодов своего труда. Далеко не у всех получается стать «звездой», кумиром или признанным гуру за короткий период времени. Безусловно, есть счастливчики, для которых совпало множество обстоятельств: яркая внешность, личная настойчивость, привлекательная сфера деятельности, наличие финансов, связей, актерский и организаторский талант — как, например, у Эдгара Каминского. Его «звезда» взлетела на Олимп молниеносно, и за каких-то полтора года он превратился в самого узнаваемого пластического хирурга. Правда, его бренд пластического хирурга несколько уступил его бренду как организатора мероприятий на медицинскую тематику. А бренд Ярослава Заблоцкого строился на протяжении десятилетия, однако на данный момент он также является одной из самых ярких, самобытных и устойчивых фигур на медицинском рынке Украины и ближнего зарубежья.

ОУЧАСТКОВЫЙ ВРАЧ

9

**ПОЗИТИВНАЯ РЕПУТАЦИЯ.**

Люди предпочитают вести бизнес с теми, кому симпатизируют, в чью добродетельность и порядочность не только верят, но и имеют возможность многократно в этом убедиться. Немаловажно то, что у потенциальных партнеров, клиентов и последователей ваш бренд должен ассоциироваться с той пользой, которую вы можете им принести. Например, бренд руководителя Медицинского дома Odrex

10

**РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ.**

Один из самых важных критериев, по которым общество и ваша целевая аудитория сопоставляют вашу истинную величину с размером ваших амбиций. То, что вы делаете, должно быть выстроено в логической последовательности и соответствовать вашим целям. А как вы помните, лучшие цели — это цели, сформулированные по SMART. Чтобы оценить ваш вклад в улучшение окружающей действительности, стремитесь к измеримым показателям вашей деятельности. Предоставляйте людям возможность сравнить жизнь определенного круга людей (например, вашей целевой аудитории) до вашего появления и после; показывайте, чего вы добились и как от этого улучшилась жизнь других людей. Резюмирую: ваш персональный бренд должен быть преобразован в индивидуальную сбалансированную систему показателей.

ОУЧАСТКОВЫЙ ВРАЧ

P.S.

Действуя в согласии со своими устремлениями и мотивацией, опираясь на сильные черты своей личности, принимая парадигму жизни в публичной плоскости, вы соглашаетесь на трансформацию своей жизни, в какой-то степени приносите в жертву свои потребности в уединении и приватности, однако вознаграждаетесь признанием людей, чье качество жизни улучшается благодаря вашему присутствию в ней. Осознавая свою глубинную сущность, мечтая и воплощая в реальной жизни свои мечты, вы идете в самом главном направлении — самореализации и счастливой жизни, наполненной смыслом.

Успеха и признания вам, друзья, и пусть сопутствует вам удача на избранном пути!



# Американские иллюзии: всё ли так прекрасно с медициной в США?



Соединенные Штаты Америки имеют репутацию страны, которая чуть ли не во всех сферах «впереди планеты всей». Именно проамериканские реформаторы оказали существенное влияние на медицинскую реформу в Украине, которая вызывает в нашем обществе немало вопросов, разногласий и нареканий.

Однако медицина США по своей эффективности отнюдь не самая передовая, несмотря на высокие совокупные расходы на здравоохранение – 17% от ВВП и второе место в мире по данному показателю после маленького островного государства Тувалу в Тихоокеанском регионе.

## ПЯТИДЕСЯТОЕ МЕСТО

В рейтингах, формируемых ВОЗ, медицина США традиционно занимает позиции в четвертом и даже пятом десятке. Рейтинг стран мира по эффективности систем здравоохранения, опубликованный Агентством финансово-экономической информации Bloomberg в 2016 году, вообще отвел США 50-е место. Впереди оказались не только такие привычные лидеры мирового здравоохранения, как Испания, Южная Корея, Япония, Италия, Израиль, но даже постсоветские Казахстан и Беларусь.

Что же хорошо и что плохо в медицине США? Безусловным плюсом является современнейшая техническая оснащенность американских лечебных учреждений всех уровней. Это касается и приборов, и препаратов, и доступности современных технологий лечения и оказания медицинской помощи. Медицинский персонал отличают высокая квалификация, неукоснительное соблюдение унифицированных стандартов и протоколов, слаженность действий, высокая культура обще-

ния с пациентами, включая определенные правила поведения и взаимодействия в особых ситуациях.

## СТРАХОВКА – ГЛАВНЫЙ КАМЕНЬ ПРЕТКНОВЕНИЯ

По различным данным, 30–40 млн человек в США не имеют медицинской страховки, а значит, находятся в зоне риска. Даже если допустить, что речь идет о совершенно здоровых людях, никто не огражден от urgentных ситуаций (например, острого аппендицита), травм, несчастных случаев и т. п. На сегодняшний день такому пациенту в медицинской помощи не откажут, однако клиника выставит «заоблачный» счет, погашать который все равно придется.

В США существуют различные виды страховок. Полностью за счет государства страховку могут полу-

чить граждане старше 65 лет, малообеспеченные, инвалиды и дети. В различных штатах существуют различные дополнительные программы. Многие работодатели готовы оплатить страховку частично или полностью. Кроме того, страховку можно приобрести и самостоятельно. Что в какой ситуации будет более выгодным — решает сам пациент.

В США чрезвычайно развито частное страхование, и условия договора от той или иной страховой компании могут существенно различаться. Большинство страховок не покрывает полную стоимость лечения, и какую-то часть (обычно процентов 20%) приходится платить самостоятельно. Стоматологические услуги чаще всего в страховку не входят, как и услуги окулиста.

Среди недостатков американской системы здравоохранения эксперты называют отсутствие государственного контроля за механизмом оказания медицинских услуг и врачебные ошибки, отмечая, что количество жертв таких ошибок, приведших к летальному исходу, достигает девяноста тысяч человек в год.

© УЧАСТКОВЫЙ ВРАЧ

© УЧАСТКОВЫЙ ВРАЧ

По различным данным, 30–40 млн человек в США не имеют медицинской страховки, а значит, находятся в зоне риска.

# ГОЛОВНІ ПОДІЇ У ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ



## X ЮВІЛЕЙНИЙ МІЖНАРОДНИЙ МЕДИЧНИЙ ФОРУМ

ІННОВАЦІЇ В МЕДИЦИНІ – ЗДОРОВ'Я НАЦІЇ



### VIII МІЖНАРОДНИЙ МЕДИЧНИЙ КОНГРЕС

ВПРОВАДЖЕННЯ СУЧАСНИХ ДОСЯГНЕНЬ МЕДИЧНОЇ НАУКИ У ПРАКТИКУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ



### IV МІЖНАРОДНИЙ ФОРУМ

### МЕНЕДЖМЕНТ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я

За підтримки:



Президента України



Кабінету Міністрів  
України



Міністерства охорони  
здоров'я України



Київської міської  
державної адміністрації



Під патронатом:

Комітету Верховної Ради України  
з питань охорони здоров'я

Організатори:



Національна академія  
медичних наук України



НМАПО імені  
П. Л. Шуплика



Компанія  
LMT

Генеральний партнер:

Canon

Офіційний партнер:

MPE

Офіційний спонсор:

ЮРІЯ-ФАРМ

# 17–19 квітня 2019 року

КРАЇН << 35 65 >> НАУКОВИХ ЗАХОДІВ

ЕКСПОНЕНТІВ << 400 800 >> ДОПОВІДАЧІВ

ВІДВІДУВАЧІВ << 15000 100 >> ЛІКАРСЬКИХ  
СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ

УВАГА! НОВЕ МІСЦЕ  
ПРОВЕДЕННЯ ФОРУМУ



Міжнародний Виставковий Центр  
м. Київ, Броварський пр-т, 15  
станція метро «Лівобережна»

 **MEDICAEXPO** Міжнародна виставка охорони здоров'я

 **PHARMAEXPO** Міжнародна фармацевтична виставка

- ✓ **Весь спектр обладнання, техніки, інструментарію для медицини, новинки фармацевтичних препаратів від світових та вітчизняних виробників**
- ✓ **Науково-практичні заходи**
- ✓ **Школи та майстер-класи на діючому обладнанні**

З питань участі у виставках:

☎ +380 (44) 206-10-16

@ med@lmt.kiev.ua



З питань участі у Конгресі:

☎ +380 (44) 206-10-99

@ info@medforum.in.ua

[WWW.MEDFORUM.IN.UA](http://WWW.MEDFORUM.IN.UA)

[WWW.HCM.IN.UA](http://WWW.HCM.IN.UA)



# Антибиотик-ассоциированный нефролитиаз:

## как избежать неизбежного?



**Евгения ФРОЛОВА,**

кандидат медицинских наук,  
ассистент кафедры внутренней  
медицины 2 ГУ «Днепропетровская  
медицинская академия  
МЗ Украины», терапевт, нефролог

Антибактериальные препараты (АБП) – это не простые лекарства, а медикаменты, спасающие жизни. Однако в некоторых случаях их применение может осложниться различными патологическими состояниями и заболеваниями, начиная с антибиотик-ассоциированной диареи, аллергических реакций и псевдомембранозного колита и заканчивая токсическим поражением печени, почек и развитием гемолитической анемии. Недавно этот внушительный список пополнился еще одной нозологией – мочекаменной болезнью (МКБ).

К такому выводу пришли американские урологи (G. Tasian и соавт., 2018), проанализировав вероятность возникновения нефролитиаза у лиц, принимающих пероральные АБП. В этом исследовании случай-контроль большую роль сыграл 641 врач общей практики. Эти врачи на протяжении 9 лет тщательно анализировали данные >13 миллионов медицинских карт детей и взрослых. За это время нефролитиаз диагностировали у 25 981 пациентов по сравнению с контрольной выборкой, размер которой составил 259 797 человек (все участники, вошедшие в контрольную группу, были сопоставимы по возрасту, полу и дате подтверждения диагноза с представителями основной группы). Прежде чем сделать вывод о способности АБП влиять на со-

стояние мочевыводящих путей (МВП), ученые учли количество обращений к врачам общей практики, наличие сопутствующей патологии и инфекционных заболеваний МВП, прием тиазидных и петлевых диуретиков, ингибиторов протонной помпы и статинов, чтобы нивелировать возможное влияние указанных факторов. Список АБП, «подозреваемых» учеными в способности вызывать МКБ, был достаточно обширным — в статистический анализ включили 12 классов АБП.

Оказалось, что прием любого АБП из группы сульфаниламидов, цефалоспоринов, фторхинолонов, пенициллинов широкого спектра действия, а также нитрофурантоина / метенамина способен спровоцировать развитие нефролитиаза на протяжении 3–12 месяцев после окончания приема АБП. Наиболее конкретными признаны сульфаниламиды (скорректированное отношение шансов (СОШ) — 2,33; 95 % доверительный интервал (ДИ) — 2,19–2,48), цефалоспорины (СОШ — 1,88;

Прием любого АБП из группы сульфаниламидов, цефалоспоринов, фторхинолонов, пенициллинов широкого спектра действия, а также нитрофурантоина / метенамина способен спровоцировать развитие нефролитиаза на протяжении 3–12 месяцев после окончания приема АБП.



Главным кандидатом на первоочередное назначение с целью превенции ААН может быть Фитолизин (Herbapol, Польша), содержащий траву хвоща полевого, горца птичьего и золотарника обыкновенного, листья березы, корни петрушки и любистка, корневища пырея, шелуху лука и комбинацию натуральных масел (соснового, апельсинового, шалфейного, мяты перечной).

95% ДИ — 1,75–2,01) и фторхинолоны (СОШ — 1,67; 95% ДИ — 1,54–1,81). Исследователи особо выделили производные нитрофурантоина / метенамина — риск возникновения нефролитиаза при их приеме превышал таковой у фторхинолонов и составлял 1,70 (95% ДИ — 1,55–1,88). Вероятность формирования конкрементов в МВП при использовании пенициллинов широкого спектра действия признана минимальной (СОШ — 1,27; 95% ДИ — 1,18–1,36). Однако эта кажущаяся благополучность последних оказалась мнимой: риск развития нефролитиаза после применения пенициллинов широкого спектра действия сохранялся на протяжении 3–5 лет, в отличие от АБП других групп, способных провоцировать камнеобразование только в течение 3–12 мес. Еще одной неприятной новостью стало определение группы лиц, наиболее склонных к развитию нефролитиаза: ими оказались дети ( $p < 0,001$ ).

Результаты этого исследования произвели в медицинском мире эффект разорвавшейся бомбы. Оказывается, широко используемые АБП — цефалоспорины, фторхинолоны — несут с

собой значимый (почти двукратный) риск возникновения нефролитиаза. А применение пенициллинов широкого спектра действия, являющихся препаратами выбора и стандартом лечения различных заболеваний (внегоспитальной пневмонии, стрептококкового тонзиллита, острого гнойного риносинусита и т. д.), ставит под угрозу «здоровье» МВП на протяжении целых 3–5 лет!

К сожалению, в исследовании G. Tasian и соавт. не анализировался вопрос эффективной профилактики антибиотик-ассоциированного нефролитиаза (ААН). Вероятно, в данной ситуации будет целесообразен прием натуральных многокомпонентных фитоуролитиков, доказавших свою способность уменьшать кристаллизацию минеральных солей, усиливать диурез, снимать спазм с мочевыводящих путей, а также препятствовать развитию воспаления. Главным кандидатом на первоочередное назначение с целью превенции ААН может быть Фитолизин (Herbapol, Польша), содержащий траву хвоща полевого, горца птичьего и золотарника обыкновенного, листья березы, корни петрушки и

любистка, корневища пырея, шелуху лука и комбинацию натуральных масел (соснового, апельсинового, шалфейного, мяты перечной). Преимуществами Фитолизина в данной ситуации являются доказанное разностороннее и многоцелевое действие (уролитическое, антисептическое, противовоспалительное, спазмолитическое, мягкое диуретическое), антибактериальная активность в отношении грамотрицательных микроорганизмов (вызывающих поражение МВП), естественность происхождения действующих компонентов, высокая безопасность длительного приема и хорошая переносимость, европейское качество и экономическая доступность. К сожалению, целесообразная длительность профилактического приема фитоуролитиков для предупреждения развития ААН еще окончательно не установлена, но, вероятно, она должна составлять не менее 30–60 дней.

Не преуменьшая значимость целесообразной антибиотикотерапии, тем не менее следует помнить о возможности возникновения нефролитиаза после проведения курса такого лечения. Однако на данный момент мы можем минимизировать этот риск, используя комплексные урофитопрепараты.

ААН — это неизбежная реальность современной антибактериальной терапии, предотвратить которую можно при помощи современного фитоуролитика Фитолизина.

*Список литературы находится в редакции.*





Нове обличчя знайомого бренду

# Фітолізин®

## експерт із захисту нирок та сечового міхура

- ✓ зніме запалення
- ✓ усуне спазм та біль
- ✓ знищить джерело інфекції
- ✓ усуне осад в сечі
- ✓ покращить уродинаміку



**Фітолізин® нефрокапсули (Phytolysin® nefrocaps)** дієтична добавка. Дієтична добавка **Фітолізин® нефрокапсули** – унікальне поєднання 7 концентратів рослинних екстрактів, які стандартизовані на утримання флавоноїдів у своєму складі. Біологічно активні речовини, що входять до складу лікарських трав продукту посилюють виведення білих нирок, слюзи та фібриногену з ниркових клубочків і зніжують зворотнє всмоктування у ниркових каналах. Флавоноїди гальмують розвиток у сечовій шляху гримподібної мікрофлори, посилюють виведення сечовини, блокують окиснення аскорбінової кислоти і попереджують утворення сечових каменів. Сечовини мають виражену антибактеріальну дію відносно стафілококів. Аполюкони чинять спазмолітичну дію. Силікати (шваб польовий) сприяють збереженню у сечі річкових мік колагінів та кристалізація, що попереджає утворення конкрементів; покращують виведення сечової кислоти. **Склад:** 1 капсула, 10,68 г діючої речовини: екстракт трави спориху – 160 мг, екстракт листів берези – 13,40 мг, екстракт коренів петрушки – 10,05 мг, екстракт трави копитника – 6,7 мг, екстракт коренів лобовика – 6,7 мг, екстракт трави золотарника – 5,75 мг, допоміжні речовини: желатин, вода, целюлоза, титановий діоксид, кремнієвий діоксид, натрієвий стеарат, оксид заліза жовтий, міцел комплекс хлоридів. **Спориху звичайний (Polygum aviculare L.)** – з лікарською метою використовують молоді пагоди в період цвітіння. Містить вітаміни С та К. Має сечогінну, жарознижувальну, протизапальну, в'яжучу, загальнозміцнюючу, тонізуючу, кровоочищуючу та протипалітну дію. **Парій повзучий (Ad gory op repens L.)** – в народній медицині застосовують як сечогінний, потогінний, відхаркувальний, послаблюючий та регулюючий соловий обмін засіб. При жовчоті та сечових нирках, нефриті, циститі, метриті, нирковій сечі, геліті, коліці, гастриті, ентериті, коліті, простудних захворюваннях, трахеїті, пневмонії, ексудативному діатезі, ексимі, фурункульозі, гіпертонічній хворобі, цукровому діабеті. Екстракт листів берези (Betula la Roth, B. Vernicosa Ehrh.) – широко використовують при захворюваннях нирок, маючи в собі сечогінну та потогінну дію. **Корінь лобовика (Levistic radix)** – має властивості: сечогінну, вітрогінну, спазмолітичну (знімає кишкові коліки), болезастійливу, тонізуючу. Активує статеву функцію у чоловіків і нормалізує перебіг менструацій у жінок. Застосовують при рідко закриваючому сечовидільному тракту: пієлонефриті, циститі, полімеріоніфриті і сечових нирках. **Трава золотарника (Extractum Herbae Soldaginis virgaureae siccat)** – володіє протизапальною. Чинить спазмолітичну дію на гладку мускулатуру сечовивідних шляхів. Одночасно екстракт золотарника має антибактеріальну дію, в тому числі щодо Staphylococcus aureus, St. epidermidis, St. faecalis, Bacillus subtilis і ін. Активні речовини екстракту гальмують ріст рідкісних грибів: C. albicans, C. krusei, C. tropicalis та ін. Запобігає камінеутворенню шляхом розведення сечі і зменшення концентрації в ній агоністичних субстанцій. Особливе застосування: з'ясування сечовивідних шляхів пошкодженої нирки та наявності сечових каменів, викликане запалення при вторинній профілактиці і при вторинній профілактиці. Рекомендації щодо застосування: до раціонального харчування не додавати джерело біологічно активних речовин рослинного походження при інфекції нирок та сечового міхура для підтримання правильного функціонування нирок (корінь петрушки, трава копитника, корінь лобовика, листів берези); підтримання нормального функціонування сечовивідних шляхів (трава копитника, корінь лобовика, листів берези); стримування виведення води з організму, що допомагає видаленню з сечі небажаних продуктів обміну речовин (корінь лобовика, трава копитника, листів берези); допоміжні в усуненні галогенів бактерій з сечовивідних шляхів. Позитивно впливає на зменшення гримподібної мікрофлори та стискає сечовивідні шляхи (трава спориху). Має протизапальні, спазмолітичні, антибактеріальні та сечогінні властивості. **Спосіб застосування та дози:** **Важливо!** дітям від 3 років та дорослим по 1 капсулі 2 рази на добу запиваючи водою. Бажано не менше склянки води. Протягом передбаченого. **Термін вживання:** до 30 днів по 1 капсулі 2 рази на добу. **Протипалітні:** 2 рази на добу, по 10 днів, по 1 капсулі 2 рази на добу. **Особливості застосування:** не перевищувати рекомендовану дозу. Позитивний ефект спостерігається від вживання продукту по 2 капсули на добу. Продукт не повинен використовуватися в якості замінника повноцінного харчування. Збалансований, різноманітний раціон харчування та здоровий спосіб життя мають важливе значення для забезпечення належного функціонування організму. **Застереження при застосуванні:** жінкам в період вагітності, підняття важкого сід проконсультуватися з лікарем. **Протипалітні:** підвищена чутливість до окремих компонентів. Пожирна (жирова) цінність на 100 г продукту: білки – 0,18 г, вуглеводи – 0,52 г, жири – 0 г, насичені жирні кислоти – 0,2 г. Енергетична цінність (калорійність) на 100 г продукту: 1621 кДж (382 ккал). **Увага зберігати:** зберігати в оригінальній упаковці, у захищеному від світла та вологості місці. Зберігати у недоступному для дітей місці. **Без ГМО.** Не є лікарським засобом. **Маса нетто:** 10,68 г (30 капсул по 356 мг).

Виготовлено: ТОВ Гербопаль Варшава, вул. Опуковка 54, 05-800 Прушув, Польща, тел. +48 22 738 13 00. Представництво виробника в Україні, яке здійснює функції щодо прийняття претензій від споживачів та несе відповідальність за якість, безпеку продукту: Представництво «Фармацевтичний завод Тольфарма» С.А., 01004, м. Київ, вул. Горького, 7-8, тел: (044) 498 90 07, факс: (044) 498 93 87, e-mail: uaoffice@polpharma.com

